

Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation

Autorinnen:

Elisabeth Pochobradsky
Claudia Nemeth

Steuerungsgruppe:

Prim. Dr. Christian Angleitner, MSc
ÄL Prim. Dr. Michael Berger
OA Dr. Bernhard Bichler
OA Mag. Dr. Raimund Fettweis
ÄL Prim. Dr. Richard Gaugeler
Mag. Dr. Markus Gosch, MAS
Mag. Dr. Barbara Griesser
ÄD Univ.-Prof. Dr. Monika Lechleitner
DGKS Sabine Löw
ÄD Prim. Dr. Peter Mrak
Prim. Dr. Katharina Pils
Prim. Dr. Marianne Scala
Prim. Priv.-Doz. Dr. Walter Schippinger
PT Claudia Seidl, MSc
Prim. Dr. Ulrike Sommeregger

Projektassistenz:

Lisa Haiduk

Wien, im Oktober 2013

Dank

Das vorliegende Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation wurde von der Gesundheit Österreich GmbH erstellt. Ohne die engagierte Mitarbeit der Steuerungsgruppe sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus rund dreißig teilnehmenden Akutgeriatrien hätte diese Arbeit nicht bewerkstelligt werden können. Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen involvierten Expertinnen/Experten, Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und Akutgeriatrien herzlich bedanken!

Wir wünschen den Nutzerinnen und Nutzern dieses Prozesshandbuchs, dass sie mit diesem Handbuch Unterstützung in ihrer täglichen Arbeit erfahren.

ISBN 978-3-85159-178-1

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Vorwort



Die österreichische Gesundheitspolitik hat in den 1990er Jahren die Weichen gestellt, um den Herausforderungen, die durch die demografische Entwicklung auf das Gesundheitssystem zukommen, adäquat begegnen zu können. Unter anderem wurde die geriatrische Akutversorgung gezielt und strukturiert etabliert. Beginnend mit Recherchen über gute Praxis im Ausland, wurde ein österreichisches Konzept für den Auf- und Ausbau der Versorgung in Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) erarbeitet, das 1999 in konkrete Standort- und Kapazitätsplanungen im Österreichischen Krankenanstaltenplan mündete und 2001 mit Strukturqualitätskriterien für AG/R-Einheiten ergänzt wurde. Seither sind in vielen Akutkrankenhäusern Einheiten für AG/R entstanden, weitere werden in Zukunft noch einzurichten sein.

Die Konzeption der AG/R hat einen Trend in der Gesundheitsversorgung vorweggenommen, der erst in den letzten Jahren auch in Österreich eine breite Diskussion und Akzeptanz erfährt: die interdisziplinäre und multiprofessionelle Sicht auf die Bedürfnisse und den Behandlungsbedarf der Patientinnen und Patienten durch ein multidimensionales Behandlungs- und Betreuungsangebot. Darüber hinaus zählen zum Leistungsspektrum der AG/R-Einheiten u. a. auch ein umfassendes Entlassungsmanagement sowie Überleitungspflege. Damit werden bereits Schritte in Richtung eines integrierten Versorgungsansatzes gesetzt, der für die Patientinnen und Patienten einen möglichst naht- und lückenlosen Übergang von einer Versorgungsstruktur in eine andere oder nachhause gewährleistet.

Die Bundesgesundheitsagentur begleitet die Entwicklung der AG/R seit vielen Jahren mit finanzieller Unterstützung von Informations-, Beratungs- und Vernetzungsaktivitäten, des laufenden Monitorings der Entwicklungen sowie bei der Qualitätsarbeit. Mit dem vorliegenden Prozesshandbuch wurde nun ein weiterer Meilenstein gesetzt: Nach dem im Vorjahr veröffentlichten Prozesshandbuch für den Hospiz- und Palliativversorgungsbereich liegt damit ein zweites Kompendium mit Standards zur Prozessqualität vor, das nicht nur in Österreich, sondern international ein Vorzeigeprodukt in der Qualitätsarbeit ist. Das Handbuch, das sich erstmals unmittelbar an die behandelnden und betreuenden Personen richtet, soll die Entwicklung der AG/R aus einer weiteren, neuen Perspektive unterstützen. Neben der entsprechenden personellen und infrastrukturellen Ausstattung einer AG/R-Einheit sind möglichst optimale Arbeitsabläufe, die sowohl den Arbeitsbedingungen als auch den betreuten Patientinnen und Patienten zugutekommen, eine entscheidende Voraussetzung, um bestmögliche Ergebnisse zu erzielen.

Mein ausgesprochener Dank richtet sich an die vielen Expertinnen und Experten aus den AG/R-Einrichtungen, die ihr Wissen und ihre Erfahrungen in das Handbuch eingebracht haben, und an

die Institutionen, allen voran an die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) sowie an den Verein Qualität in der Geriatrie und Gerontologie (QiGG), die die Arbeiten begleitet haben. Im Besonderen danke ich auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheit Österreich GmbH, die seinerzeit bereits zu den Initiatoren der AG/R-Entwicklung in Österreich mitgezählt und sie seither begleitet haben. Auch setzten sie die Initiative, dieses Handbuch in Angriff zu nehmen, trieben die Arbeiten unermüdlich voran und bereiteten die Ergebnisse strukturiert und praxisgerecht auf.

Ich hoffe, dass das vorliegende Handbuch den Beschäftigten in bestehenden und zukünftigen Einheiten der Akutgeriatrie/Remobilisation eine unmittelbare, praxisnahe Unterstützung bei den tagtäglichen Herausforderungen bietet und damit zur weiteren Erfolgsgeschichte der AG/R in Österreich beiträgt.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alois Stöger'. The signature is fluid and cursive, with the first name 'Alois' and the last name 'Stöger' clearly distinguishable.

Alois Stöger

Bundesminister für Gesundheit

Vorwort



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser!

Geriatrie in Österreich hat alte Wurzeln und ist in ihrem Ursprung eng mit der Biographie von Ignatius Leopold Nascher verbunden. Das 20. Jahrhundert war von hohem individuellem Engagement einzelner Persönlichkeiten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung alter und hochbetagter Menschen geprägt. Mit dem Jahrhundertwechsel sind viele vorbereitete Standards etabliert worden.

Die Strukturqualität für Akutgeriatrie und Remobilisation wurde im „Österreichischen Strukturplan Gesundheit“ definiert. Die darin festgehaltenen Qualitätskriterien sind ein Garant für die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit im geriatrischen Team.

Bereits vor fünf Jahren haben sich Geriater/innen, unterstützt durch vier Bundesländer, zu einem gemeinsamen Qualitätssicherungsprojekt in Abteilungen für Akutgeriatrie verpflichtet. Dieses fokussiert sein Interesse vor allem auf Ergebnisqualität. Die Indikatoren dazu wurden auf Basis der Strukturqualitätskriterien entwickelt.

Vor zwei Jahren wurde das Additivfach für Geriatrie für ausgewählte Fachärztinnen/–ärzte und Allgemeinmediziner/innen verabschiedet. Somit wurde die längst fällige Strukturierung und Standardisierung der Ärzteausbildung in diesem Spezialgebiet möglich.

Das vorliegende Buch ist die logische Weiterentwicklung der begonnenen Wege der Qualitätsarbeit in der Geriatrie.

Es beschreibt in sechs Musterprozessen die Arbeitsweise der Abteilungen für Akutgeriatrie, der Teams, aber auch die Vernetzung mit Zuweisern und nachfolgend betreuenden Personen und Strukturen. Der Patient / die Patientin und deren Angehörige werden auf ihrem Weg durch komplexe Strukturen begleitet. Diese Prozesse sollen dazu beitragen, im richtigen Augenblick die bestmögliche Betreuung im richtigen Setting zu ermöglichen. Die Prozesse unterstützen die Kommunikation im Team sowie nach außen. Sie machen Denken und Handeln transparent und nachvollziehbar.

Ich bedanke mich bei Frau Mag. Pochobradsky und bei Frau Mag. Nemeth für die professionelle Begleitung der multiprofessionellen Diskussion über die relevanten Prozesse, bei allen Kolleginnen und Kollegen für ihre engagierten Beiträge, die Bereitschaft zuzuhören und zu reflektieren.

Das vorliegende Buch wird Standard der Prozessqualität in der Geriatrie werden. Diese Entwicklung darf aber nicht Stillstand bedeuten, sondern soll Basis für weitere Qualitätsarbeit für die uns anvertrauten, zum Teil fragilen Patientinnen und Patienten sein.

Prim. Dr. Katharina Pils

Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie

Vorwort



Das nun vorliegende Prozesshandbuch für österreichische Akutgeriatrien illustriert den konsequenten Weg der Gesundheit Österreich GmbH in der Erarbeitung von innovativen Strukturen für die Versorgung älterer Patientinnen und Patienten gemäß dem Versorgungsauftrag.

Gemeinsam mit den Expertinnen und Experten der Spitäler, die Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) führen, gelang es, ein praxisnahes, unterstützendes Werk vorzulegen, wofür allen Beteiligten herzlich gedankt werden soll.

Von einem zarten Pflänzchen im Versorgungskanon sind die AG/R-Einrichtungen heute zu einem wesentlichen Player im Konzert der medizinischen Versorgungsangebote gewachsen. Multiprofessionalität und Teamarbeit werden hier ins Zentrum gerückt und die Kräfte für das Erreichen des Therapieziels, sprich: für die Wiederherstellung der Funktionalität (restitutio ad optimum!) unserer älteren Bevölkerung, gebündelt.

Die wachsende Evidenz in der Literatur spricht für die Vorteile geriatrischer Verfahrensweisen und rechtfertigt den Aufwand jahrelanger Bemühung um Qualitätsarbeit in diesem demografisch so wichtigen Bereich.

Diese schwierige „akutgeriatrische Komplexbehandlung“ erfordert neben leidenschaftlichem Engagement der Teams (Ärztinnen/Ärzte, Pflege, Therapeutinnen/Therapeuten, Sozialarbeiter/innen, Psychologinnen/Psychologen) auch eine straffe Organisation im Qualitätsmanagement, um die Potenziale der stationären Geriatrie voll auszuschöpfen und den bestmöglichen Erfolg für die Patientinnen und Patienten zu erreichen.

Ich bin davon überzeugt, dass mit den Anleitungen und Hilfestellungen aus diesem neuen Kompendium der Aufbau und die Weiterentwicklung von AG/R-Einrichtungen gelingen können und dass die erfolgreiche Umsetzung dessen, was vor Jahren mit der zukunftsweisenden Idee der AG/R in Österreich begonnen hat, künftig eine noch wichtigere Rolle im österreichischen Gesundheitswesen spielen wird.

Prim. Dr. Peter Mrak

QIGG (Qualität in der Geriatrie und Gerontologie)

Inhalt

Abbildungen.....	IV
1 Ausgangslage.....	1
1.1 Arbeiten zum Prozesshandbuch	3
1.2 Kooperationen	6
2 AG/R – Grundsätzliches	8
2.1 Definition der AG/R	8
2.2 Additivfach Geriatrie	8
2.3 Geriatriische Patientin / geriatriischer Patient.....	9
2.4 Aufnahmekriterien in die AG/R.....	12
2.5 Wie kommt die AG/R zur richtigen Patientin / zum richtigen Patienten?.....	14
2.6 Besonderheiten der AG/R.....	14
3 Qualitätsmanagement.....	17
4 Anwender- und Nutzerhinweise.....	23
4.1 Darstellung der Prozesse	23
4.2 Glossar und Erläuterungen von Begriffen aus den dargestellten Prozessen.....	25
5 Prozesse.....	29
Abbildung 5.1: Prozesslandkarte	30
Abbildung 5.2: Zuweisung – Primäraufnahme.....	31
Abbildung 5.3: Zuweisung – Sekundäraufnahme	39
Abbildung 5.4: Aufnahme.....	46
Abbildung 5.5: Assessment	51
Abbildung 5.6: Entscheidungs-/Zielfindung.....	57
Abbildung 5.7: Entlassungsmanagement.....	63
Literatur	70
Anhang	72

Abbildungen

Abbildung 1.1: Arbeiten an den Musterprozessen	5
Abbildung 1.2: Projektkonstellation	7
Abbildung 3.1: Die Qualitätsdimensionen nach Donabedian	19
Abbildung 3.2: PDCA-Zyklus nach Deming	21
Abbildung 5.1: Prozesslandkarte	30
Abbildung 5.2: Zuweisung – Primäraufnahme.....	31
Abbildung 5.3: Zuweisung – Sekundäraufnahme	39
Abbildung 5.4: Aufnahme.....	46
Abbildung 5.5: Assessment	51
Abbildung 5.6: Entscheidungs-/Zielfindung.....	57
Abbildung 5.7: Entlassungsmanagement.....	63

1 Ausgangslage

Ausgehend von den demografischen Prognosen, wird der Bedarf an Betten der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) laut Schätzung des ÖSG 2012 bis zum Jahr 2020 auf rund 4.000 steigen. Mit diesen 4.000 Betten können dann voraussichtlich rund 70.000 Patientinnen/Patienten pro Jahr versorgt werden (im Vergleich zu 26.400 im Jahr 2011). Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist der Schaffung dieser Strukturen oberste Priorität einzuräumen.

Abteilungen und Departments für AG/R sind im ÖSG 2012 definiert als eigenständige, fächerübergreifend angelegte Organisationseinheiten, die sich durch ein geriatrisch ausgebildetes, interdisziplinäres Team und durch ein multidimensionales Behandlungs-/Betreuungsangebot auszeichnen, das somatische, psychische und soziale Aspekte der Erkrankungen geriatrischer Patientinnen und Patienten gleichermaßen berücksichtigt. AG/R-Einheiten führen Primär- und Sekundärversorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten durch. Aufnahmen erfolgen von zuhause aus, aus Pflegeheimen, aus anderen Spitälern sowie aus Stationen und Abteilungen des eigenen Krankenhauses.

In den AG/R-Einheiten wird die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten im Fall einer stationär zu behandelnden Akuterkrankung bedarfs- und bedürfnisgerechter als in den anderen Abteilungen des Krankenhauses (KH) gestaltet. Entsprechend den Charakteristika geriatrischer Patientinnen und Patienten – allen voran Multimorbidität und Gefahr des Verlusts funktioneller Fähigkeiten –, zielt die AG/R insbesondere auf die Erhaltung und Wiederherstellung der Fähigkeit zur weitgehend selbstständigen Lebensführung sowie auf die Reintegration der Patientinnen und Patienten in ihr eigenes Umfeld ab.

Bislang wurden in Österreich 44 Abteilungen und Departments mit insgesamt rund 1.560 Betten und tagesklinischen Plätzen eingerichtet (Stand: Ende 2012).

Das Konzept der AG/R wurde vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) in Kooperation mit Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Geriatrie in den Jahren 1998 und 1999 entwickelt (ÖBIG 1998, ÖBIG 1999) und im Jahr 2008 aktualisiert (GÖG/ÖBIG 2008). Das Kapitel 2 „AG/R – Grundsätzliches“ des vorliegenden Prozesshandbuches wurde zum überwiegenden Teil aus dem damaligen Konzept übernommen, mit Expertinnen und Experten aus der AG/R erweitert und auf den aktuellen Stand gebracht.

Der ÖSG definiert diesen Leistungsbereich sowie Qualitätskriterien. Diese beziehen sich auf die personelle Ausstattung, auf die Infrastruktur und auf die Leistungen der AG/R. Die quantitativen Personalkennzahlen finden sich seit 2006 nicht mehr im ÖSG, sondern im jeweils aktuellen „LKF-Modell“ (Ausgabe 2013; vgl. Anhang 5).

Ziel gesundheitspolitischer Maßnahmen muss es sein, die Entwicklung der Akutgeriatrien entsprechend den definierten Vorgaben zu sichern. Dazu sind auch weiterhin Maßnahmen erforderlich, die zum einen die Krankenanstalten beim Aufbau der Akutgeriatrien unterstützen und zum anderen eventuellen Fehlentwicklungen – insbesondere der Etablierung sogenannter „Türschild-

geriatrien“ – frühzeitig entgegenwirken. Eine dieser Maßnahmen stellt das hier vorgelegte Prozesshandbuch dar, das grundsätzliche Empfehlungen zur Akutgeriatrie enthält und mit „Musterprozessen“ eine standardisierte Arbeitsweise sicherstellen soll.

Das Cochrane Review (2011) zur geriatrischen Intervention, basierend auf 22 Evaluierungsergebnissen von 10.315 Patientinnen/Patienten aus sechs Ländern, untersuchte, ob spezialisierte, organisierte geriatrische Versorgung (in der Regel als umfassendes geriatrisches Assessment oder „CGA“ = „comprehensive geriatric assessment“ bezeichnet) für die Behandlungsergebnisse besser ist als die herkömmliche Versorgung in einem Krankenhaus. Dieser Studie zufolge steigen die Chancen der Patientinnen/Patienten deutlich, nach einer stationären Akutaufnahme bis zu einem Jahr lang am Leben bzw. in der eigenen Wohnung zu bleiben, wenn sie eine koordinierte und spezialisierte Versorgung erhalten. Dieser Effekt wird konsistent in Studien zu geriatrischen Einheiten belegt, deren Patientinnen/Patienten in einer speziellen Abteilung aufgenommen werden und deren Versorgung von einem spezialisierten multidisziplinären Team sichergestellt wird. Hingegen war dieser Effekt nicht so deutlich zu erkennen, wenn die Patientinnen/Patienten an einer allgemeinen Abteilung verblieben und das Assessment von einem spezialisierten multidisziplinären Konsiliar-Team durchgeführt wurde (vgl. Ellis et al. 2011).

Schlussfolgerung der Autoren: Umfassendes geriatrisches Assessment erhöht innerhalb einer Frist von bis zu einem Jahr deutlich die Wahrscheinlichkeit, dass eine Patientin / ein Patient am Leben bzw. zu Hause bleibt.

Qualitätsmanagement

Das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG 2005) legt Qualitätssicherung als unverzichtbaren Bestandteil der medizinischen Versorgung rechtsverbindlich fest (BGBl I 2004/179). Der Gesetzgeber sieht darin u. a. nicht nur Patientenorientierung, Transparenz und Leistungserbringung unter Berücksichtigung der Patientensicherheit vor, er schreibt damit auch die Evaluierung der Leistungen/Qualität fest.

Der im Gesundheitsbereich am weitesten verbreitete Ansatz, Versorgungsleistungen zu beurteilen, stammt von Avedis Donabedian, der Qualität definierte als den „Umfang des Erfolges, der unter optimalen Verhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist“ (Donabedian 1966, 1980). In den Mittelpunkt seiner Überlegungen stellte er den Kunden; in unserem Zusammenhang sind dies die Patientin und der Patient mit ihren/seinen Wünschen, Erwartungen, Ressourcen und Ängsten. Donabedian nahm eine Unterscheidung von Qualität nach den Dimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis vor, die sich im Gesundheitsbereich durchgesetzt hat. Strukturqualitätskriterien für Akutgeriatrien sind bereits im Österreichischen Strukturplan Gesundheit verankert. Um die Prozessqualität messbar zu machen, ist es nun nötig, die Abläufe in Akutgeriatrie-Einrichtungen nachvollziehbar abzubilden, was hier für sechs Prozesse – von der Zuweisung bis zur Entlassung – unternommen wurde.

1.1 Arbeiten zum Prozesshandbuch

Ziel war es, ein Prozesshandbuch für die Akutgeriatrien zu erstellen, das Rahmenempfehlungen zu den wesentlichen Prozessen (Kernprozessen) in den Akutgeriatrien enthält und die Einrichtungen in der Abwicklung und Gestaltung ihrer Abläufe unterstützt. Durch die Vorgabe von standardisierten Arbeitsabläufen, Verfahren und Methoden können Prozesssicherheit und Prozessqualität erhöht werden. Im Mittelpunkt stehen dabei organisatorische Abläufe (= Organisationsprozesse), wie z. B. die Aufnahme oder die Entlassung, nicht aber Behandlungsabläufe (z. B. therapeutische Prozeduren). In Bezug auf die geriatrischen Tageskliniken besteht das Vorhaben, diese in einem zweiten Schritt in die Arbeiten zum Qualitätsmanagement einzubeziehen.

Das vorliegende Prozesshandbuch zeichnet sich dadurch aus, dass es „aus der Praxis für die Praxis“ entstanden ist. Es versteht sich als Beitrag zu einer österreichweit akutgeriatrischen Versorgung. Das Handbuch wendet sich primär an die in den Einrichtungen Arbeitenden, bietet aber auch Berufstätigen in jenen Strukturen, die mit dem Akutgeriatrie-Bereich vernetzt sind, Information und Einblick in die Tätigkeit dieses Versorgungsbereiches.

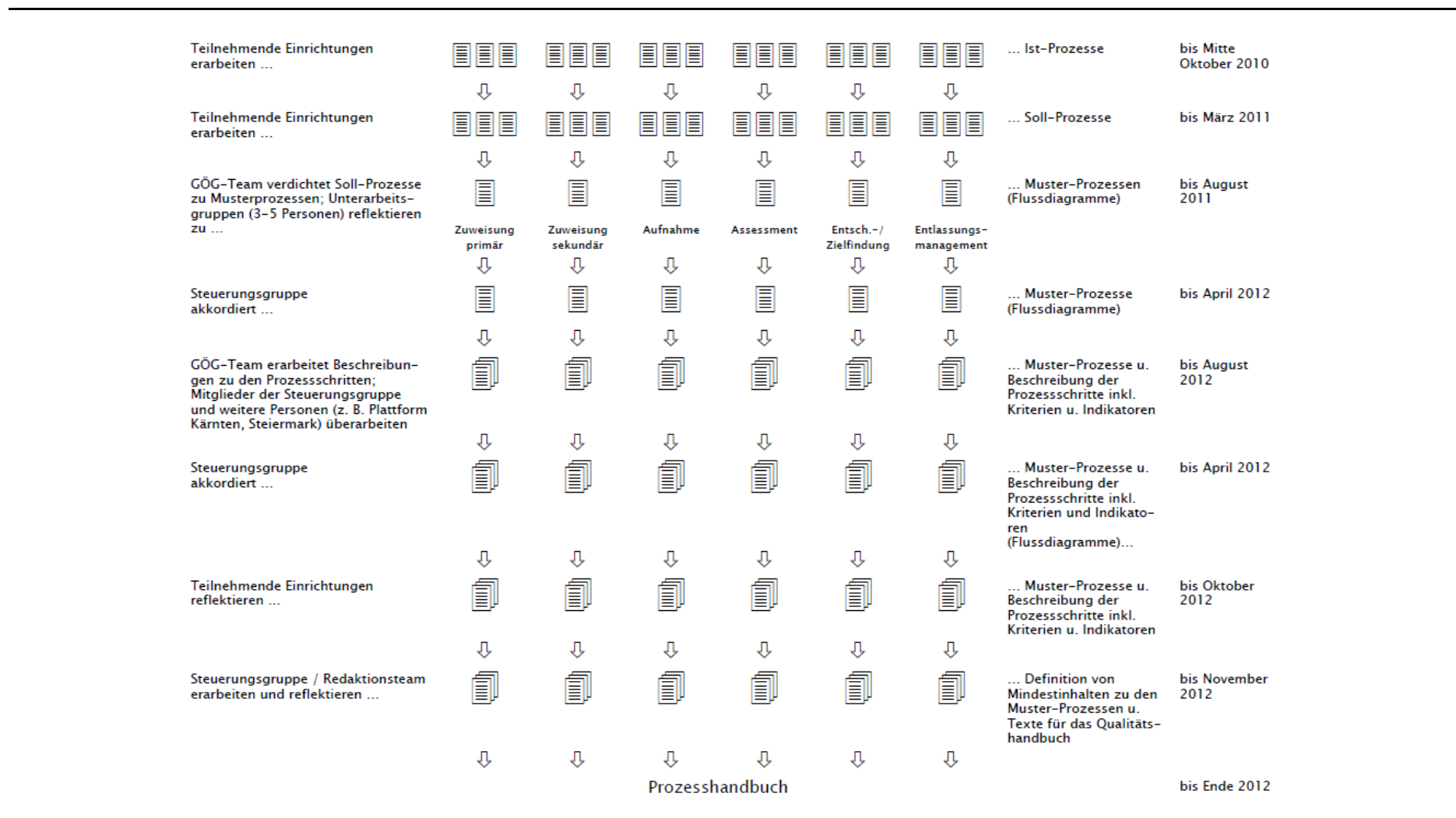
Dieses Handbuch kann in den Akutgeriatrie-Einrichtungen in folgenden Zusammenhängen genutzt werden:

- » Input und Motivation für Maßnahmen des Qualitätsmanagements,
- » Verbesserung und Optimierung der internen Arbeitsabläufe,
- » Neupositionierung der eigenen Einrichtung,
- » Arbeitshilfe für neue Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter,
- » klarere Verantwortlichkeitsabgrenzung unter den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und zu anderen Fachrichtungen,
- » Präsentation der eigenen Arbeitsprozesse innerhalb der Einrichtung und für andere Akutgeriatrien und Fachrichtungen,
- » Öffentlichkeitsarbeit der Akutgeriatrie/Remobilisation,
- » Unterstützung zur Abgrenzung zwischen AG/R und anderen Fachrichtungen.

Die ausgewählten Kernprozesse sind in gleichartiger Form dargestellt und inhaltlich abgestimmt. Rund dreißig Akutgeriatrien (siehe Anhang 2) lieferten mit Ist- und Soll-Darstellungen die Grundlage für die systematische Beschreibung der Prozesse im Handbuch. Das Projektteam der Gesundheit Österreich modellierte gemeinsam mit der Steuerungsgruppe (Expertinnen und Experten aus den Akutgeriatrien) und Unterarbeitsgruppen aus der Steuerungsgruppe jeweils einen Musterprozess zu jedem Kernprozess. Ein aus der Steuerungsgruppe gebildetes Redaktionsteam unterstützt die Gesundheit Österreich bei der Reflexion, Aktualisierung und Erarbeitung weiterer Inhalte für das Prozesshandbuch.

Abbildung 1.1 zeigt die Entwicklungsschritte und Arbeitsweise von den Ist-Prozessen über die Soll-Prozesse bis hin zu den Muster-Prozessen und schließlich bis zum Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation.

Abbildung 1.1:
Arbeiten an den Musterprozessen



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die im Prozesshandbuch abgebildeten Prozesse zeichnen die Abläufe in den Akutgeriatrie-Einrichtungen zum aktuellen Zeitpunkt in Österreich nach. Sie sind eine Empfehlung und sollen allen, die bereits in einer Akutgeriatrie tätig sind, ebenso wie jenen, die ihre Tätigkeit erst aufnehmen, zur Orientierung dienen und als Grundlage für die professionelle Weiterentwicklung der Arbeitsabläufe in der Behandlung, Betreuung und Begleitung von geriatrischen Patientinnen und Patienten und deren Vertrauenspersonen herangezogen werden. Nicht zuletzt soll das Prozesshandbuch die Akutgeriatrien in ihrer Positionierung in der Gesundheitsversorgung unterstützen.

Dieses Handbuch soll sich weiterentwickeln. In einem ersten Schritt ist geplant, die geriatrischen Tageskliniken in die Arbeiten zum Qualitätsmanagement einzubeziehen. Darüber hinaus ist beabsichtigt, etwa drei Jahre nach dem offiziellen Erscheinen die Einrichtungen zu befragen, wie hilfreich die Verwendung des Prozesshandbuches und das Heranziehen von Musterprozessen ist und ob die Indikatoren für die Arbeit und die laufende Entwicklung der Einrichtung zweckmäßig sind. Diese Ergebnisse sollen dann in eine neue Version des Handbuches einfließen. Erst wenn sich herausstellt, dass die Indikatoren praktikabel sind, kann darüber entschieden werden, wie entsprechende Daten routinemäßig erhoben werden können und was mit den Ergebnissen geschieht.

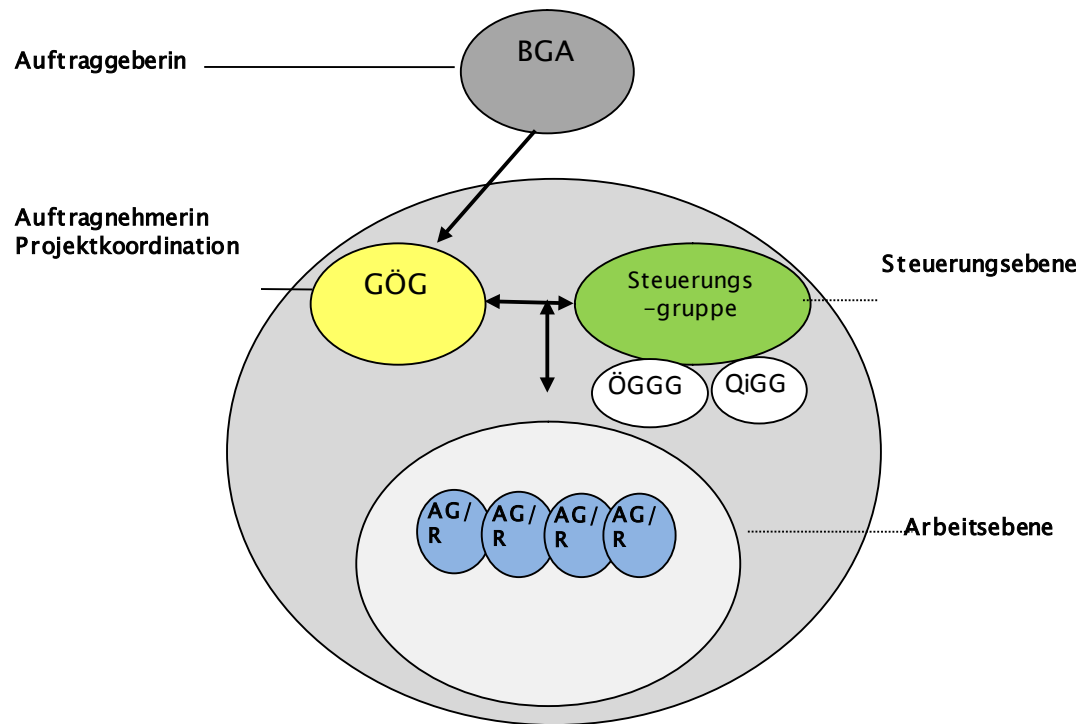
1.2 Kooperationen

Abbildung 1.2 zeigt die dem Projekt zugrunde liegende Konstellation einschließlich der Kooperation auf Steuerungsebene mit der Steuerungsgruppe (Expertinnen und Experten aus den Akutgeriatrien). Im Rahmen dieses Projekts wurde in fachlich-inhaltlicher Hinsicht eine Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) und dem Verein Qualität in der Geriatrie und Gerontologie¹ (QiGG) eingegangen. Auf der Arbeitsebene wurden alle involvierten Akutgeriatrien und ihre Teams eingebunden.

¹

Der Verein QiGG bezweckt den Aufbau und die Unterstützung von Systemen, die die Behandlungsqualität und die Behandlungsergebnisse von geriatrischen Patientinnen und Patienten durch die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems verbessern und sichern. Der Verein ist derzeit in den Bundesländern Kärnten, Oberösterreich, Steiermark und Wien aktiv.

Abbildung 1.2:
Projektkonstellation



AG/R = Akutgeriatrie/Remobilisation, BGA = Bundesgesundheitsagentur, GÖG = Gesundheit Österreich GmbH, ÖGGG = Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie, QiGG = Verein Qualität in der Geriatrie und Gerontologie
Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2 AG/R – Grundsätzliches

2.1 Definition der AG/R

Abteilungen und Departments für Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) sind eigenständige, fächerübergreifende Organisationseinheiten. Sie übernehmen die Behandlung direkt aufgenommener geriatrischer Patientinnen und Patienten sowie die Weiterführung der Behandlung akut kranker geriatrischer Patientinnen und Patienten aus anderen Abteilungen (Fachbereichen). AG/R-Einrichtungen zeichnen sich aus durch ein geriatrisch qualifiziertes, interdisziplinäres Team und durch ein multidimensionales Behandlungs- und Betreuungsangebot, das medizinische, funktionelle, psychische, kognitive und soziale Aspekte der Erkrankungen geriatrischer Patientinnen und Patienten gleichermaßen berücksichtigt.

Aufnahmen können erfolgen von zuhause, aus Stationen und Abteilungen des eigenen Hauses, aus anderen Spitälern sowie aus Alten- und Pflegeheimen; umgekehrt ist auch die Entlassung dahin möglich.

Ziele der AG/R sind

- » Behandlung der akuten Erkrankung der Patientinnen und Patienten,
- » Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur weitgehend selbstständigen Lebensführung,
- » Vermeidung weiterer Funktionsverluste,
- » Erhöhung von Lebensqualität,
- » Reintegration der Patientinnen und Patienten in das gewohnte Umfeld und
- » bei intendierter Rehabilitation im Anschluss an die AG/R-Versorgung Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit.

Bedingt durch die Multimorbidität geriatrischer Patienten und Patientinnen, ist die AG/R zwar fächerübergreifend; die größten inhaltlichen Überschneidungen bestehen aber zur Inneren Medizin – die derzeit den Großteil geriatrischer Patienten und Patientinnen versorgt – und zur Neurologie. Abteilungen und Departments für AG/R sind in der Regel Teil eines dieser beiden Fächer.

2.2 Additivfach Geriatrie

Nach langem Ringen wurde im Jahr 2011 mit der 2. Novelle der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 das Additivfach Geriatrie geschaffen. Zugänglich ist das Additivfach Geriatrie Fachärztinnen bzw. Fachärzten der Sonderfächer Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin sowie Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation sowie Ärztinnen bzw. Ärzten für Allgemeinmedizin. Wie für andere Additivfächer auch, besteht eine dreijährige Ausbildungsdauer an anerkannten Ausbildungsstätten.

Bis Februar 2013 verfügten rund 1.100 Ärztinnen/Ärzte über das Additivfach Geriatrie (Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin: 40 Prozent; Fachärztinnen/Fachärzte: 60 Prozent). Bei 60 Prozent der Fachärztinnen/Fachärzte handelt es sich um Fachärztinnen/Fachärzte für Innere Medizin, gefolgt von 20 Prozent Fachärztinnen/Fachärzte für Neurologie. Laut ÖGGG handelt es sich beim Additivfach Geriatrie derzeit um das zahlenstärkste Additivfach.

Zum Aufgabengebiet des Zusatzfaches Geriatrie wird in der ÄAO festgehalten: „Das Additivfach Geriatrie umfasst die kurative, palliative, präventive und rehabilitative Betreuung von Patientinnen/Patienten auf dem Gebiet der Inneren Medizin/Neurologie/Physikalischen Medizin/Psychiatrie und Psychotherapeutischen Medizin/Allgemeinmedizin, die insbesondere ein höheres biologisches Alter, meist mehrere eingeschränkte Organfunktionen und/oder Erkrankungen, funktionelle Defizite und somit eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen, unter besonderer Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialkulturellen Aspekte sowie des multidimensionalen geriatrischen Assessments inklusive Nahtstellenmanagement.“

2.3 Geriatriische Patientin / geriatriischer Patient

AG/R-Einrichtungen dienen dazu, die Behandlung und Betreuung geriatrischer Patientinnen und Patienten im Fall einer stationär zu behandelnden Akuterkrankung zu verbessern.

Nach der gängigen Definition ist eine geriatrische Patientin / ein geriatriischer Patient ein biologisch älterer Mensch, der durch altersbedingte Funktionseinschränkungen bei Erkrankungen akut gefährdet ist, geriatritypische Multimorbidität aufweist und bei dem ein besonderer Handlungsbedarf in rehabilitativer, somatopsychischer und psychosozialer Hinsicht besteht.

Bei älteren Menschen besteht aufgrund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. wegen des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen, die Gefahr der Chronifizierung, der Verschlechterung der Selbsthilfefähigkeiten und des Verlustes der Autonomie (vgl. ÖGGG 2011, Deutsche Gesellschaft für Geriatrie 2012).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass geriatrische Patientinnen und Patienten nicht primär über ihr Alter charakterisiert werden sondern über eine mit dem Altern verbundene gesundheitliche Situation bzw. deren Gefährdung. Daraus lässt sich ableiten, dass geriatrische Patientinnen und Patienten spezifische Behandlungs- und Betreuungsbedürfnisse aufweisen.

Im Einzelnen sind geriatrische Patienten und Patientinnen durch folgende Merkmale gekennzeichnet (vgl. Bruder et al. 1992, DKI/WIdO 1987):

1. Höheres biologisches Alter

Geriatrische Patienten und Patientinnen sind alte Menschen, wobei jedoch nicht ihr Lebensalter, sondern ihr biologisches Alter ausschlaggebend ist. Die Angabe einer exakten Altersgrenze ist nicht möglich. So können Personen bereits im Alter von 60 Jahren geriatrische Patienten und Patientinnen sein, sie müssen es dagegen aber auch mit 80 und mehr Jahren

noch nicht zwangsläufig sein. Erfahrungsgemäß befinden sich geriatrische Patienten und Patientinnen in der Altersgruppe von 75 Jahren aufwärts. Durch die demografische Entwicklung und den zunehmenden Anteil gesunder alter Menschen ist diese Grenze im Steigen begriffen.

2. Multimorbidität und veränderte Epidemiologie

Typisches Kennzeichen geriatrischer Patienten und Patientinnen ist die Multimorbidität, das heißt, es bestehen gleichzeitig nebeneinander mehrere Symptome und komplexe (chronische) Krankheitsbilder, die ein einzelnes Organ oder auch verschiedene Organe betreffen können. Dabei kann es sich sowohl um kausal unabhängige Begleiterkrankungen oder auch um eine geriatrische Krankheitskette handeln, die durch ein neu auftretendes Leiden ausgelöst wird. Gleichzeitig haben alte Menschen geringere Kompensationsmöglichkeiten; auch triviale Störungen können weitreichende und fatale Folgen haben. Erkrankungen haben daher bei alten Menschen ein anderes Gewicht als bei jüngeren Patienten und Patientinnen. Die Krankheiten alter Menschen sind zudem nicht immer heilbar, sondern können chronisch und irreversibel sein. Des Weiteren haben bestimmte Erkrankungen im Alter eine hohe Inzidenz, wie z. B. Demenz und Schlaganfall.

3. Veränderte und spezifische Symptomatik und atypischer Krankheitsverlauf

Erkrankungen im Alter manifestieren sich oft durch eine uncharakteristische Symptomatik und einen atypischen Verlauf, die zu Fehleinschätzungen durch die betroffene Person selbst führen können und die Diagnostik erschweren. Einerseits können typische Symptome von Erkrankungen fehlen, andererseits können sich akute Erkrankungen in Symptomen manifestieren (wie z. B. Verwirrtheit, Apathie, Nahrungsverweigerung, Sturzneigung), die nicht auf eine spezifische Diagnose hinweisen und daher übersehen oder – als zum Altern gehörend – verharmlost werden. Darüber hinaus sind Normwerte (wie z. B. Parameter für Lungenfunktion) verändert und müssen anders interpretiert werden.

4. Veränderte Pharmakokinetik und Pharmakodynamik

Bedingt durch physiologische Altersprozesse, haben Medikamente bei alten Menschen andere Wirkungen als bei jüngeren Personen, sie können stärkere und länger anhaltende Effekte (wie z. B. einige Analgetika) oder auch unerwünschte Wirkungen haben (etwa Digitalisglykoside, Psychopharmaka). Darüber hinaus sind Interaktionen von Arzneimitteln verändert, das heißt, Medikamente können – abweichend vom üblichen Wirkungsmuster – einander wechselseitig in ihrer Wirkung negativ beeinflussen. Alte Menschen haben ein hohes Risiko der Polypharmazie, bedingt durch ihre Multimorbidität und die möglicherweise gleichzeitige Behandlung durch mehrere Ärztinnen und Ärzte.

Die ÖGGG will mit dem Flyer „Polypharmazie“ eine Hilfestellung im Umgang mit dem Problem der Polypharmazie geben. Darin ist das Symptom in den Mittelpunkt gestellt. Bei den verschiedenen Symptomen gelistet finden sich mögliche auslösende Substanzen sowie relevante Interaktionen. Einzelnen großen Themenbereichen wurden ganze Seiten gewidmet, um einen strukturierten Lösungsvorschlag anzubieten (vgl. ÖGGG 2013).

5. Risiko für Mangelernährung

Geriatrische Patientinnen/Patienten weisen oft ausgeprägte Zeichen einer qualitativen und quantitativen Mangelernährung auf. Ursachen dafür sind neben einem Rückgang des Hunger- und Durstgefühls und einer Verminderung des Geschmack- und Geruchsempfindens

vor allem falsche und einseitige Ernährung (kohlenhydratreich, protein-, fett- und vitaminarm), die wiederum zahlreiche Ursachen haben, wie z. B. soziale Vereinsamung, Armut sowie reduzierte Kaufähigkeit wegen schlechter bzw. fehlender Zähne. Der Ernährungsstatus einer geriatrischen Patientin / eines Patienten darf dabei nicht nur als Funktion des Körpergewichts gesehen werden. Auch adipöse Patientinnen/Patienten können Zeichen einer schweren Mangelernährung aufweisen.

6. Protrahierter Krankheitsverlauf und verzögerte Rekonvaleszenz

Der Krankheitsverlauf und die Phase der Genesung sind bei älteren Menschen verlängert. Ein wichtiger Faktor bei der Behandlung geriatrischer Patienten und Patientinnen ist daher die Ermöglichung einer ausreichenden Zeitspanne für ihre Wiederherstellung.

7. Einschränkung von Organfunktionen

Bei der Therapieplanung muss auf die eingeschränkte Funktion der Organsysteme der älteren Patientin / des Patienten Rücksicht genommen werden. Beispielsweise prädisponiert eine kardiale Insuffizienz für eine postoperative Dekompensation, die regelhaft bestehende Nierenfunktionseinschränkung stellt eine Gefährdung hinsichtlich Medikamenteninteraktionen und Elektrolytentgleisungen dar.

8. Erhöhte Vulnerabilität

Aufgrund physiologischer Veränderungen im Alter ist die Adaptionfähigkeit von Organsystemen an Belastungen eingeschränkt. Geriatrische Patienten und Patientinnen befinden sich in einem stark wechselnden physischen und psychischen Zustand, erreichen ihre Leistungsgrenze rascher und sind anders als jüngere, monomorbide Patienten und Patientinnen immer akut gefährdet, z. B. davon, dass ein Organsystem dekompenziert oder dass Krankheitskaskaden ausgelöst werden. Die Fähigkeit der Anpassung an Veränderungen und neue Umgebungen – verstärkt durch Einschränkungen in den Sinneswahrnehmungen wie z. B. schlechtes Sehen oder schlechtes Hören – ist verringert, und sozialer Rückzug, Demotivation und Verwirrtheit können die Folge sein.

9. Instabilität

Altersbedingte degenerative Veränderungen (z. B. zerebraler Abbau, Sarkopenie, Osteoporose, Neuropathie) führen in zunehmendem Maße zu Gleichgewichtsstörungen und Problemen der Stabilität, zu erhöhter Sturzneigung und Verletzungsgefahr.

10. Immobilität, Inkontinenz, intellektueller Abbau

Immobilität, Inkontinenz und intellektueller Abbau sind neben der Instabilität häufige Leitsymptome bei geriatrischen Patienten und Patientinnen („die großen I“ der Geriatrie). Die Immobilität kann von einer Einschränkung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens bis hin zu Pflegebedürftigkeit reichen. Durch intellektuellen Abbau kommt es zu Verlusten an Aufmerksamkeit und Konzentration.

11. Psychische Störungen und psychiatrische Erkrankungen

Geriatrische Patienten und Patientinnen weisen häufig psychische Beeinträchtigungen auf. Ursachen dafür können lebensgeschichtlich kumulierte psychische Probleme sein, die am Lebensende manifest werden, oder der Verlust an Lebensperspektive durch die Erfahrung körperlicher Erkrankung und funktioneller Einschränkung, die zu Demotivation, Depression bis hin zur Suizidneigung führen können. Im und mit dem Alter treten häufig neurologische

und psychiatrische Erkrankungen auf, die besondere Anforderungen an die Behandlung, Pflege und Betreuung stellen.

12. Risiko der Pflegebedürftigkeit

Geriatrische Patienten und Patientinnen sind durch die Wirkungen und Wechselwirkungen multipler Erkrankungen und Behinderungen in ihrer Selbstständigkeit und Fähigkeit zur Alltagsbewältigung eingeschränkt oder bedroht. Geriatrische Patienten und Patientinnen sind im Verlauf einer akuten Erkrankung besonders gefährdet, funktionelle Fähigkeiten zu verlieren und pflegebedürftig zu werden.

Geriatrische Patienten und Patientinnen sind also durch spezifische Merkmale gekennzeichnet, die sie von jüngeren, aber auch von älteren Patienten und Patientinnen mit einer monodimensionalen Erkrankung unterscheiden. Um von einer Person als geriatrischer Patientin oder geriatrischem Patienten sprechen zu können, müssen vorliegen a) die Merkmale des höheren biologischen Alters – das zu den beschriebenen Effekten wie atypischer Krankheitsverlauf, veränderte Pharmakokinetik usw. führt–, b) Multimorbidität und c) eines oder mehrere der geriatrischen Leitsymptome Immobilität, Instabilität, Inkontinenz und intellektueller Abbau. Daraus folgt, dass beispielsweise eine ansonsten gesunde und vitale ältere Patientin / ein gesunder und vitaler älterer Patient mit einem Herzinfarkt oder einem Schenkelhalsbruch noch keine geriatrische Patientin / kein geriatrischer Patient ist, sofern nicht weitere Merkmale vorliegen.

2.4 Aufnahmekriterien in die AG/R

Aus den obigen Ausführungen ergibt sich, dass nicht jede ältere Patientin / jeder ältere Patient eine „geriatrische“ Patientin / ein „geriatrischer“ Patient ist. Um sicherzustellen, dass diejenigen Patientinnen/Patienten in Akutgeriatrien aufgenommen werden, die vom speziellen diagnostischen und therapeutischen Angebot der AG/R in besonderem Ausmaß profitieren, besteht die Notwendigkeit, Kriterien für die Aufnahme zu definieren.

Das Festlegen von Kriterien für die Aufnahme einer geriatrischen Patientin / eines geriatrischen Patienten in eine AG/R dient somit dazu, die Gruppe der primär zu behandelnden Patientinnen und Patienten einzugrenzen und damit sowohl der AG/R selbst als auch den zuweisenden Stellen in- und außerhalb des Krankenhauses eine klare und gemeinsame Vorstellung über den Behandlungsauftrag einer AG/R zu vermitteln. Nicht zuletzt soll sie eine möglichst hohe Treffsicherheit der AG/R bei der Patientenauswahl ermöglichen.

Daraus leiten sich folgende Kriterien für die Aufnahme einer geriatrischen Patientin / eines geriatrischen Patienten ab:

1. somatische oder psychische Multimorbidität, die eine stationäre Akutbehandlung erforderlich macht, und
2. Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit durch den Verlust funktioneller und gegebenenfalls kognitiver Fähigkeiten oder durch psychische Probleme im Rahmen einer Erkrankung und
3. Bedarf an funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen.

Eine über diese Kriterien hinausgehende Eingrenzung der Zielgruppe der AG/R ist nicht möglich bzw. nicht zweckmäßig. Jede genauere Festlegung von Merkmalen würde – nicht realisierbare – diagnostische Maßnahmen vor der Aufnahme erfordern und außerdem den Handlungsspielraum der AG/R einschränken. Darüber hinaus könnte sich eine zu enge Definition der Zielgruppe nachteilig auf Patientinnen und Patienten auswirken, und zwar insbesondere auf jene mit hohem Pflegebedarf und geringem rehabilitativen Potenzial.

Zu den Kriterien im Einzelnen:

- » **Multimorbidität:** Die Multimorbidität kann sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht gegeben sein. Die Indikation zur Spitalsbehandlung ist in der Regel durch die Exazerbation einer Erkrankung gegeben.
- » **Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit:** Es gehören nicht nur Patienten und Patientinnen mit einer bereits eingetretenen, sondern auch mit einer drohenden Einschränkung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung – z. B. mit Sturzrisiko – zur Zielgruppe der AG/R. Dies ist sinnvoll, da der zeitgerechte Einsatz geriatrischen Wissens in der Diagnose und Behandlung präventiv wirken kann und somit gar nicht erst der Bedarf an Wiederherstellung verlorener Funktionen entsteht. Die Ursache für eine Einschränkung ist nicht relevant.
- » **Bedarf an funktionsfördernden, –erhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen:**
Dieses Kriterium impliziert, dass die Patientin / der Patient aufgrund seines physischen und psychischen Zustandes in der Lage ist von den angebotenen Maßnahmen zu profitieren.
Die AG/R ist nicht nur für jene Patientinnen und Patienten zuständig, die voraussichtlich wieder im eigenen Haushalt leben können. Auch wenn funktionelle Fähigkeiten nur beschränkt gefördert werden können und die (weitgehend) selbstständige Lebensführung nicht mehr realistisch ist, kann eine Aufnahme in die AG/R angezeigt sein. Dies betrifft z. B. aus Pflegeheimen zugewiesene Patienten und Patientinnen, die nach Abschluss ihrer Akutbehandlung wieder in diese zurückkehren werden, oder für Patientinnen und Patienten mit schweren demenziellen Erkrankungen. Dafür sprechen folgende Überlegungen:
Erstens ist die Pflegebedürftigkeit einer geriatrischen Patientin / eines geriatrischen Patienten kein Kriterium für oder gegen die Behandlung, da die AG/R aus medizinischer Indikation und nicht aufgrund von Pflegebedarf aufnimmt. Dieser hat aber Auswirkungen auf den Pflegeaufwand und damit auf den Personalstand der AG/R.
Zweitens sind Verbesserungen der funktionellen Fähigkeiten auch bei hohem Pflegebedarf möglich. AG/R-Maßnahmen können die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten erhöhen, auch wenn eine Wiederherstellung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung bzw. die Entlassung nachhause nicht möglich ist. Das Ziel der Erhaltung und Verbesserung der Möglichkeiten zu Aktivität und Partizipation gilt grundsätzlich für alle Patientinnen und Patienten.
Drittens können auch multimorbide Patientinnen und Patienten aus der stationären Langzeitpflege vom geriatrischen Wissen des Behandlungsteams der AG/R profitieren.
Viertens kann eine demenzielle Erkrankung zwar die Wiedererlangung selbstständiger Fähigkeiten verhindern, dies stellt aber ebenfalls kein Ausschlusskriterium für die Aufnahme

einer Patientin / eines Patienten dar, da diese/dieser in ihrer/seiner akuten Situation (z. B. Exazerbation) in besonderem Maße von der geriatrischen bzw. gerontopsychiatrischen Qualifikation einer AG/R profitieren können.

2.5 Wie kommt die AG/R zur richtigen Patientin / zum richtigen Patienten?

Im Sinne einer optimalen Ressourcenauslastung ist es notwendig, alle potenziellen Zuweiser (z. B. eigenes Krankenhaus, fremde Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte) über die oben genannten Aufnahmekriterien zu informieren.

Dies geschieht insbesondere über intra- und extramurale Informationsveranstaltungen, Folder, Hinweise auf Zuweisungsformularen und persönliche Kontakte. Innerhalb eines Krankenhauses kann die Qualität der Zuweisung durch Bildung von Kooperationen sowie durch eine Vorbegutachtung durch einen geriatrischen Konsiliardienst verbessert werden. Eine Aufnahmestation mit geriatrischer Kompetenz weist geeignete Patientinnen/Patienten direkt zur Aufnahme in die AG/R weiter.

Im Sinne einer Akutbehandlung ist die Aufnahme in einer AG/R möglichst zeitnahe zum auslösenden Ereignis wünschenswert – im Idealfall als Primäraufnahme (Einweisung durch die Hausärztin / den Hausarzt (Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner), Notärztin/Notarzt). Ist die Primäraufnahme wegen spezialisierten Diagnostik- und Therapiebedarfs oder wegen struktureller Gegebenheiten nicht möglich, soll die Übernahme (= Sekundäraufnahme) möglichst frühzeitig erfolgen.

2.6 Besonderheiten der AG/R

Geriatrische Patientinnen und Patienten benötigen eine auf ihre komplexe Situation abgestimmte Behandlung und Betreuung, die sich nicht auf die Diagnose und Therapie eines singulären Leidens beschränken, sondern die medizinischen, funktionellen, psychischen und sozialen Aspekte einer (hoch)betagten Person miteinschließen. Die Anforderungen an die Behandlung jüngerer oder auch monomorbider Patientinnen und Patienten sind davon deutlich verschieden: Zwar ist auch für diese eine multidimensionale Betreuung sinnvoll; sie sind jedoch für ihre Wiederherstellung in weit geringerem Maße davon abhängig als geriatrische Patientinnen und Patienten.

Die von der Aufnahme bis zur Entlassung eines Patienten / einer Patientin erbrachten Leistungen müssen folgenden grundlegenden Anforderungen entsprechen:

1. Multidimensionale Interventionen: Bei geriatrischen Patientinnen und Patienten besteht Handlungsbedarf nicht nur in somatischer, sondern auch in psychischer und sozialer Hinsicht. Letzterer insbesondere in der Einbindung des familiären Umfeldes und der Vorbereitung auf die Entlassung. Kennzeichen aller in der Diagnose, Behandlung und Betreuung

gesetzten Maßnahmen ist daher die Beachtung der somatischen, kognitiven, psychischen und sozialen Aspekte der Erkrankung geriatrischer Patientinnen und Patienten und von deren Folgen.

2. Interdisziplinäre Teamarbeit: Herausragendes Kennzeichen der AG/R ist das interdisziplinäre Team. Dieses setzt sich aus Ärztinnen/Ärzten, Pflegepersonen, therapeutischem Personal (u. a. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie), klinischen Psychologinnen/Psychologen und Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern zusammen und soll Inter- und Transdisziplinarität verwirklichen. Das heißt, Teamarbeit bedeutet nicht nur eine Versorgung von Patientinnen und Patienten durch unterschiedliche Professionen, sondern eine gemeinsame Zielorientierung und eine aufeinander abgestimmte Arbeitsweise. Geriatrie ist auch Vorbild für einen Paradigmenwechsel in der Medizin insgesamt, indem sie anstelle einer krankheits- eine patientenorientierte Medizin repräsentiert. Das interdisziplinäre Team der Geriatrie ist damit beispielgebend für die Strukturen der Akutversorgung insgesamt.
3. Orientierung an Kompetenzen und Ressourcen: Diese werden im Rahmen des standardisierten geriatrischen Assessments erfasst. Darauf aufbauend erhalten geriatrische Patientinnen und Patienten eine Behandlung und Betreuung, die nicht an ihren Defiziten ansetzt, sondern an ihren Fähigkeiten anknüpft, diese trainiert, damit die Kompensation von Beeinträchtigungen ermöglicht und die Autonomie der Person fördert.
4. Bedachtnahme auf die Lebenssituation und die Lebensbedingungen: Die Behandlung und Betreuung geriatrischer Patientinnen und Patienten kann nicht unabhängig von deren Lebenssituation geplant und durchgeführt werden, sondern muss auf diese abgestellt sein, wie etwa auf die Wohnbedingungen, auf das Vorhandensein von Angehörigen oder auf die Möglichkeit der Organisation von Hilfe zuhause. Geriatrische Patientinnen und Patienten sind häufig nicht mehr in der Lage, allein zu leben. Besondere Bedeutung hat daher die Einbeziehung und – bei Bedarf – auch die Unterstützung der Angehörigen, die die (Weiter-)Betreuung einer Patientin / eines Patienten nach seiner Entlassung zuhause übernehmen und deren Möglichkeiten zur Bewältigung der Situation und deren Bedarf nach Hilfe berücksichtigt werden müssen.
5. Hierarchisierung der Probleme und Schwerpunktsetzung bei Diagnostik und Therapie: Die Instabilität des psychischen und physischen Zustands und die Interaktion von Arzneimitteln erfordern das Abwägen von Nutzen und Risiken von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter Berücksichtigung der Prognose, aber auch der Situation der betroffenen Person. Im Interesse der Patientin / des Patienten können nicht alle medizinisch möglichen diagnostischen Maßnahmen durchgeführt und alle Erkrankungen gleichzeitig behandelt werden, sondern es müssen Prioritäten gesetzt und die Zahl der Maßnahmen begrenzt werden. Erforderlich sind gezielte Entscheidungen über eine differenzierte, auf das komplexe Krankheitsbild und die Lebensperspektive der Patientin / des Patienten abgestimmte Diagnostik und Therapie.
6. Gewährung der erforderlichen Zeit: Aus der verzögerten Rekonvaleszenz geriatrischer Patientinnen und Patienten und den sich möglicherweise erst nach längerer Zeit einstellenden Effekten therapeutischer Maßnahmen ergibt sich, dass kein Druck auf eine Verkürzung der Verweildauer bestehen darf. Bei bestehendem Verbesserungspotenzial ist im Anschluss an den Aufenthalt in der AG/R die Fortsetzung der Therapien in einer geriatrischen Tagesklinik oder in einer Rehabilitationseinrichtung anzustreben.

7. Qualitätsmanagement: Für eine Sicherung der Qualität ist die umfassende strukturierte Dokumentation der Arbeitsabläufe und –ergebnisse erforderlich. Dies geschieht durch interdisziplinäre Dokumentation in der Krankengeschichte. Die Herausforderung in der Geriatrie besteht darin, Mehrfachdokumentation zu vermeiden. Die Verwendung eines Datenmanagement-Systems, um die Ergebnisse des Assessments und den Zielerreichungsgrad der gesetzten Maßnahmen zu dokumentieren, wird dringend empfohlen. Diese Datensammlung stellt die Basis für die weitere Qualitätsarbeit, wie im folgenden Kapitel 3 erläutert, dar.
8. Kooperationsprinzip: Einheiten für Akutgeriatrie/Remobilisation verstehen sich als relevanter Partner in regionalen medizinischen und sozialen Betreuungsstrukturen für alte und hochbetagte Menschen, daher sind Kooperationen im Zuweisungs- und Entlassungsmanagement unverzichtbar. Im Sinne des Qualitätsmanagements, der Fort- und Weiterbildung ist ein regelmäßiger Gedankenaustausch zwischen allen Beteiligten zu gewährleisten.

3 Qualitätsmanagement²

Gesetzliche Rahmenbedingungen

In den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens hat das Thema Qualität an Bedeutung gewonnen. Mit Inkrafttreten des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG) vom 1. 1. 2005 wurde Qualitätssicherung für Gesundheitsdienstleister verpflichtend (BGBl I 2004/179). Inhaltliche Kernpunkte des GQG sind

- » Schaffung einer rechtlichen Basis für eine bundesweite, sektorenübergreifende verbindliche Qualitätsentwicklung,
- » Vorgaben für ein einheitliches Qualitätssystem durch Begriffsbestimmungen, Zielbeschreibungen und Zuständigkeiten,
- » Grundsätze der Patientenorientierung, Transparenz, Effizienz und Effektivität,
- » Einrichtung des Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen.

In § 1 (1) GQG heißt es: „Zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitssystem ist systematische Qualitätsarbeit zu implementieren und zu intensivieren. Dazu ist ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem basierend auf den Prinzipien Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz nachhaltig zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren. Dabei ist insbesondere die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientinnen- und Patientensicherheit zu gewährleisten.“

Weiters heißt es in § 1 (2): „Die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat sicherzustellen, dass die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, zur Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend erfolgen. Dabei sind im Sinne des Qualitätssystems die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen.“

Qualitätskategorien nach Donabedian

Die im Gesundheitsbereich am weitesten verbreitete Definition geht auf den amerikanischen Wissenschaftler Avedis Donabedian zurück, der Qualität definierte als den „Umfang des Erfolges, der unter optimalen Verhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist“ (A. Donabedian 1966, 1980). In den Mittelpunkt seiner Überlegungen stellte der „father of outcomes research“ die Patientin / den Patienten mit ihren/seinen Wünschen, Erwartungen, Ressourcen und Ängsten.

²

Die Ausführungen zum Kapitel „Qualitätsmanagement“ wurden im „Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen“ (GÖG/ÖBIG 2012) ausgearbeitet und für das Feld der Akutgeriatrie/Remobilisation adaptiert.

Donabedian nahm eine Aufteilung in die Kategorien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vor, die sich allgemein durchgesetzt hat. Nachfolgend werden die Definitionen der Fachliteratur durch entsprechende Passagen (*kursiv*) aus dem Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz (BGBl I 2004/179) ergänzt.

Strukturqualität: Summe sachlicher und personeller Ausstattung einer Gesundheitseinrichtung in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Dazu zählen:

- » *rechtliche und vertragliche Rahmenbedingungen,*
- » *räumliche und technische Infrastruktur*
(Erreichbarkeiten, Dokumentationsmöglichkeiten etc.),
- » *finanzielle Ausstattung,*
- » *personelle Ausstattung.*

Prozessqualität: Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüfbaren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden. Darunter fallen alle medizinischen Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die zum Erfolg der Einrichtung beitragen. Zur Definition, Bemessung und Evaluierung von Prozessen bedarf es genauer Ablaufpläne und Verfahrensanweisungen, anhand derer die laufende Evaluation und der Verbesserungsprozess erfolgen können. Die Prozesse selbst unterscheiden sich nach folgenden tätigkeitsorientierten Prozessarten:

- » *Führungsprozesse: Verwaltung, Controlling, Interne Audits etc.,*
- » *Kernprozesse: Anamnese- und Untersuchungstechnik, Therapie,*
Gesprächsführung, Pflegestandards, Ausbildungsstandards etc.,
- » *Unterstützungsprozesse: Fortbildung, Wartung von Räumen, Apparaten etc.*

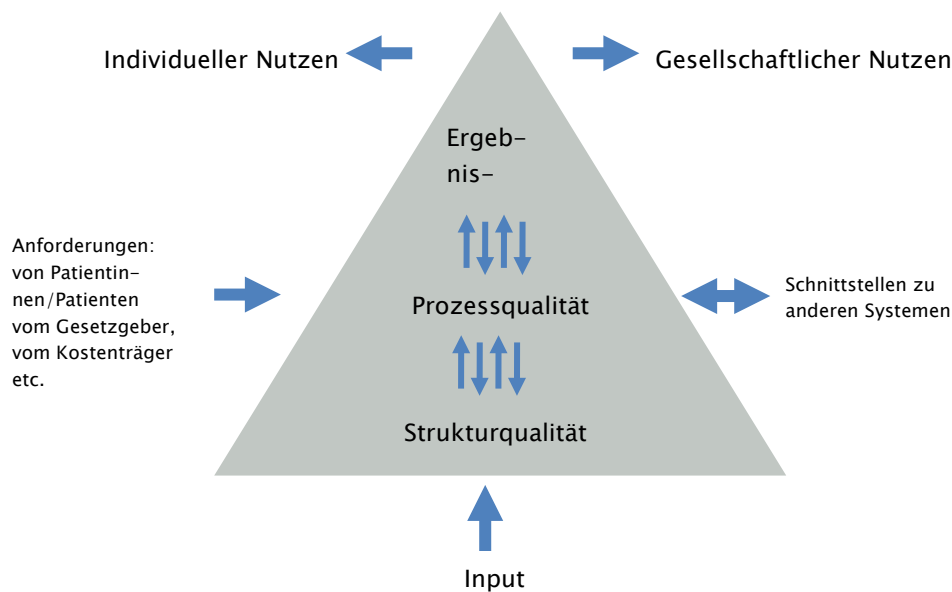
Die Prozessgestaltung gilt als wichtigstes Instrument des internen Qualitätsmanagements und des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Ergebnisqualität: messbare Veränderungen des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin / eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen. Die Ergebniskategorie bildet die wichtigste Grundlage für die Evaluation der erbrachten Leistungen, wobei zu unterscheiden ist zwischen

- » *objektiv messbaren Kriterien*
(Besserung und Heilung von Erkrankungen, Zeitaufwand, Kosten etc.) und
- » *subjektiven Kriterien (Patienten- und Angehörigenzufriedenheit).*

In dem Denkmodell von Donabedian wird deutlich, dass sich die Qualitätsdimensionen untereinander beeinflussen. Die vorhandenen Strukturen und Ressourcen beeinflussen die Prozesse, die wiederum die Ergebnisqualität mitbestimmen.

Abbildung 3.1:
Die Qualitätsdimensionen nach Donabedian



Quelle: Donabedian, A.: Evaluating the quality of medical care, 1966;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Qualitätskriterien und -indikatoren

Qualität wird anhand von Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren beurteilt.

Qualitätskriterien sind Eigenschaften, die typischerweise bei qualitativ hochwertigen (z. B. medizinischen) Leistungen erfüllt werden sollen. Qualitätsindikatoren veranschaulichen den Grad an Qualität, der erreicht wird. Ihre Ausprägungen ermöglichen eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen. Sie messen die Qualität nicht direkt, sondern sind Hilfsgrößen, die die Qualität einer Einheit durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse indirekt abbilden.

„Gute Qualität“ wird über Referenzbereiche bzw. Referenzwerte definiert. Ein Referenzbereich ist jenes Intervall, innerhalb dessen die Ausprägung eines Qualitätsindikators als „gut“ oder „unauffällig“ gewertet wird. Ein Referenzwert ist ein Referenzbereich, bei dem Unter- und Obergrenze zusammenfallen.

Um Qualitätskriterien, -indikatoren und ihre Referenzbereiche bzw. Referenzwerte festlegen zu können, benötigt man idealerweise beste verfügbare Evidenz, d. h. bestmögliche Kenntnis von Fakten. Liegt keine empirische Evidenz vor, können Qualitätskriterien und -indikatoren im Expertenkonsens entwickelt werden.

Indikatoren werden aus Daten gebildet, die erhoben werden müssen. Dabei kann unterschieden werden zwischen Primärdaten (also Daten, die speziell für einen bestimmten Indikator erhoben werden, z. B. die Zufriedenheit von Teilnehmerinnen/Teilnehmern einer Veranstaltung) und Sekundärdaten (d. s. Daten, die bereits vorliegen oder in einem anderen Zusammenhang erhoben wurden, z. B. die Anzahl der Teilnehmerinnen/Teilnehmer einer Veranstaltung). Die Aussagekraft von Daten hängt von ihrer Qualität ab, wobei es drei wichtige Anforderungen an die Datenqualität gibt: möglichst hohe Objektivität, möglichst hohe Zuverlässigkeit (Reliabilität) und möglichst hohe Gültigkeit (Validität).

Qualitätskriterien und -indikatoren kommt mittlerweile auch im Kontext der Gesundheitsversorgung erhebliche Bedeutung zu.

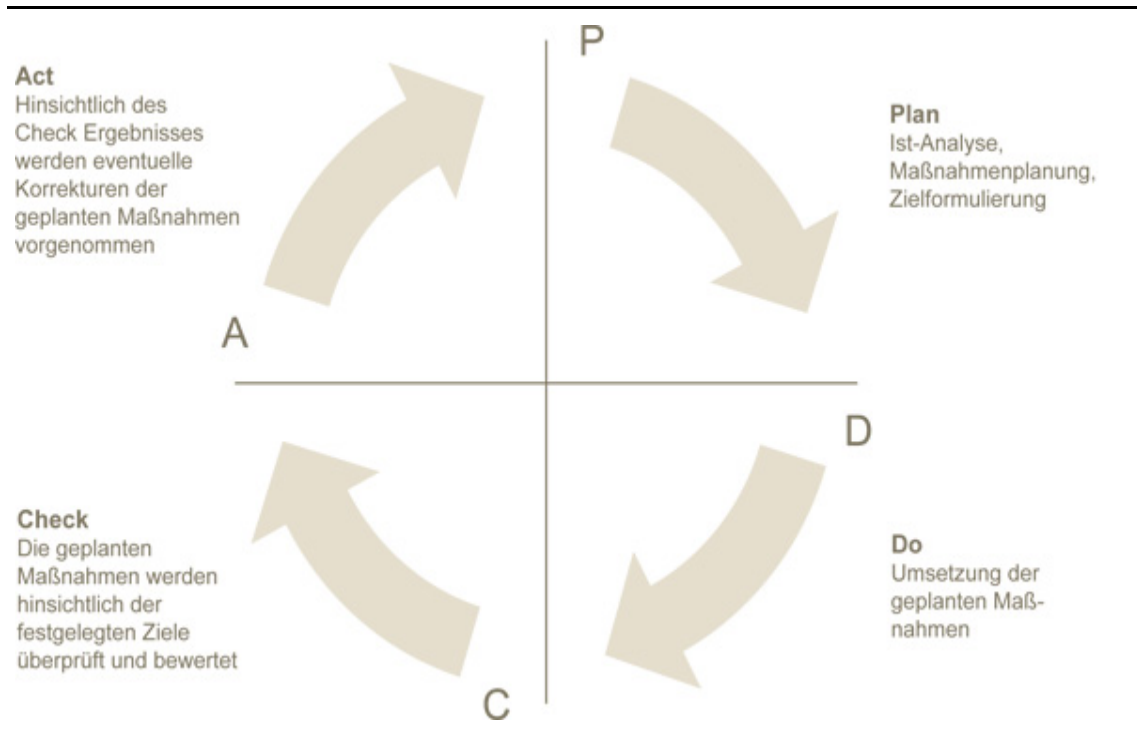
Qualitätsverbesserungszyklus nach Deming

Der amerikanische Qualitätsberater W. Edwards Deming entwickelte 1982 mit dem Qualitätsmanagementzyklus ein Werkzeug, das auf eine ständige Prozessverbesserung abzielt. Das unter der Bezeichnung PDCA-Zyklus (auch Deming-Zyklus) bekannte Modell ist ein Hilfsmittel zu einem strukturierten Vorgehen, um Verbesserungen zu initiieren, umzusetzen und nachzuweisen.

Dem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass jeder Vorgang als Prozess betrachtet und als solcher schrittweise verbessert werden kann.

Der PDCA-Zyklus beschreibt verschiedene Aktivitäten, die in einem Prozess eine Verbesserung zum Ziel haben. In der Planungsphase wird ein Verbesserungsplan mit Maßnahmen erstellt. Der Maßnahmenplan wird in Phase zwei in die Tat umgesetzt. Die Auswirkungen werden beobachtet, festgehalten, gemessen und überprüft. Die Ergebnisse werden anhand der Ausgangssituation analysiert, und der Zyklus kann wieder von vorne beginnen (Kaminske 1995).

Abbildung 3.2:
PDCA-Zyklus nach Deming



Quelle und Darstellung: <http://www.humanitas-pflegeservice.de/100-0-Qualitaetssicherung+.html>

Die im Schritt „Plan“ definierten Ziele sollten die sogenannten SMART-Kriterien erfüllen:

- » S = spezifisch
- » M = messbar
- » A = anspruchsvoll
- » R = real
- » T = terminiert

Der Zyklus ist ein nie endender Prozess ohne Anfangs- und ohne Endpunkt. Das wiederholte Durchlaufen führt zu einer ständigen Verbesserung (auch unter dem Begriff kontinuierlicher Verbesserungsprozess bekannt), der Grundlage aller Qualitätsmanagementsysteme ist. Damit wird in Institutionen eine stetige Verbesserung der Abläufe verfolgt – u. a. mit dem Ziel, die Zufriedenheit der Kunden (in den Akutgeriatrien sind dies primär die Patientinnen und Patienten) und der Mitarbeiter/innen zu erhöhen.

Qualitätsmanagement für die Akutgeriatrien

Obwohl Qualitätssicherung als Verpflichtung der medizinischen Versorgung aufgefasst wird, gibt es erst wenige praktikable Lösungsansätze zu einem Qualitätsmanagement in den

Gesundheitseinrichtungen, die als Best-Practice-Ansätze für die Akutgeriatrien herangezogen werden können.

Die Akutgeriatrien in Österreich haben sich – oftmals bedingt durch lokale Gegebenheiten oder Vorgaben – unterschiedlich entwickelt und unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt (z. B. Primär- und Sekundäraufnahmen, eindeutige Schwerpunktsetzung auf Sekundäraufnahmen). Nicht zuletzt deshalb ist es wichtig, dass ein gemeinsames Verständnis über die Zielrichtung und Inhalte der Akutgeriatrien besteht und einheitliche Arbeitsweisen angewendet werden.

Dieses Handbuch liefert mit seinen Ausführungen zu den Charakteristika der Akutgeriatrien, der Wiedergabe der Strukturqualitätskriterien (vgl. Anhang 4) und der Darstellung der Kernprozesse die Grundlage für ein qualitativvolles Arbeiten in den Einrichtungen.

Die Orientierung an den dargestellten Arbeitsabläufen sowie den empfohlenen Instrumenten sollen die Prozesssicherheit, die Prozessqualität und in weiterer Folge die Behandlungsergebnisse der Akutgeriatrien verbessern. Dieser Qualitätsansatz hilft den Einrichtungen dabei,

- » die Inhalte und Grundsätze der Akutgeriatrien besser umzusetzen,
- » die Qualität der Prozesse und Abläufe zu optimieren sowie transparenter und damit für alle einsichtiger zu machen,
- » den Informationsaustausch zu verbessern und
- » eine patientenorientierte Behandlung und Betreuung anzubieten.

Die dargestellten Abläufe müssen in den Akutgeriatrien auf ihre breite Anwendbarkeit im Alltag geprüft werden. Nach Bereitstellung des Prozesshandbuches besteht die Gelegenheit, die damit gemachten Erfahrungen rückzumelden und ggf. Verbesserungsvorschläge zu formulieren, die wiederum in eine Weiterentwicklung des Prozesshandbuches einfließen können.

Zusätzlich zur Anwendung dieses Handbuches wird den Akutgeriatrien die Teilnahme an einem Qualitätsmanagement- bzw. Benchmark-System dringend empfohlen.

4 Anwender- und Nutzerhinweise

Alle österreichischen Akutgeriatrie-Einrichtungen waren eingeladen, an der Entwicklung des Prozesshandbuches mitzuwirken. In zahlreichen Sitzungen der Steuerungsgruppe und während dreier Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern aus den AG/R-Einrichtungen wurde das Handbuch entwickelt. Das Handbuch ist von Anwenderinnen/Anwendern für Anwenderinnen/Anwender entstanden.

Das Kernstück bilden Darstellungen der zentralen Abläufe in den Akutgeriatrien in Form von Flussdiagrammen mit Erläuterungen und Vorschlägen zu Qualitätskriterien und -indikatoren. Dementsprechend wurden Musterprozesse aufbereitet, und zwar für die Prozesse Zuweisung – Primäraufnahme, Zuweisung – Sekundäraufnahme, Aufnahme, Entscheidungs-/Zielfindung, Assessment und Entlassungsmanagement.

Beispieldokumente wurden nicht in das Handbuch aufgenommen. Es wurden Mindestinhalte zu den Empfehlungen in den Kernprozessen definiert, die an den jeweiligen Einrichtung zu erfassen bzw. zu berücksichtigen sind, z. B. Medikamenten-Anamnese, Entlassungsbrief (vgl. Abschnitt 4.2).

Die Akutgeriatrien werden ersucht, ihre Dokumente dahingehend zu überprüfen, ob darin die in den Prozessen angeführten Inhalte erfasst werden, und diese gegebenenfalls zu ergänzen. Die Autorinnen/Autoren dieses Handbuches legen den Einrichtungen – insbesondere solchen, die neu in Betrieb gehen – nahe, sich bezüglich der Dokumente mit anderen AG/R-Einrichtungen auszutauschen.

Für die Prozessevaluierung werden Qualitätskriterien und -indikatoren vorgeschlagen. Diese sollen helfen, die Qualität der Arbeit in den Einrichtungen für die eigene Bewertung messbar zu machen. Für jeden Prozess wurden spezifische Qualitätskriterien und -indikatoren entwickelt, die Auskunft über die Qualität der Arbeitsabläufe geben können. Sie können die Reflexion und Bewertung der eigenen Arbeit unterstützen und Verbesserungs- und Entwicklungspotenziale aufzeigen. Die angegebenen Indikatoren haben zum jetzigen Zeitpunkt Empfehlungscharakter. Sie sollen dazu dienen, Erfahrungen im Umgang mit diesen Größen zu sammeln.

4.1 Darstellung der Prozesse

Die Prozesslandkarte zu Beginn der Prozessdarstellungen stellt die sechs Musterprozesse im zeitlichen Ablauf grafisch dar (vgl. Abbildung 5.1).

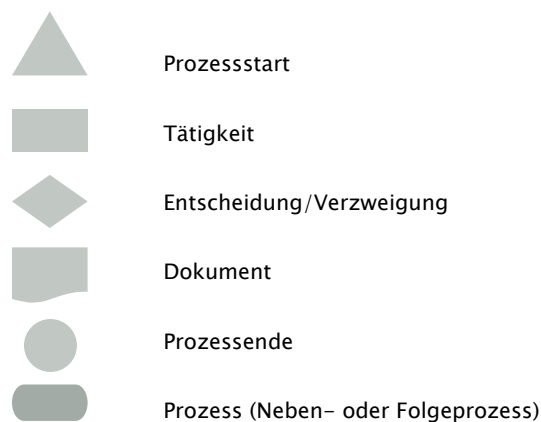
Die einzelnen Musterprozesse sind nach einem einheitlichen Schema aufgebaut und bestehen aus einem Flussdiagramm und Erläuterungen zum Flussdiagramm und zu den Prozesskriterien und -indikatoren.

Das Flussdiagramm zeigt alle bedeutenden Prozessschritte in ihrem chronologischen Ablauf. Die für die einzelnen Prozessschritte erforderlichen Dokumente sind ebenfalls angeführt. Wo sinnvoll, wird auf überschneidende Prozessschritte und Parallelprozesse verwiesen.

In den Erläuterungen zum Flussdiagramm werden die einzelnen Prozessschritte kommentiert sowie Hinweise auf Dokumentations- bzw. Informationserfordernisse gegeben.

Prozesskriterien und -indikatoren sind jeweils im Anschluss an die Prozessbeschreibung angeführt.

In den Flussdiagrammen verwendete Symbole und ihre Bedeutung



Art und Weise der Dokumentation sind abhängig von der Trägerschaft. Die Patientendokumentation hält von allen Berufsgruppen gesammelte und für die Behandlung relevante Informationen zur Patientin / zum Patienten kontinuierlich fest. Patientenbezogen sollen z. B. die jeweiligen Basisdaten sowie Art und Häufigkeit von durchgeführten Maßnahmen (z. B. medizinische Intervention, therapeutische Maßnahmen) dokumentiert werden. Schwerpunkt im Bereich der Akutgeriatrie/Remobilisation ist dabei die Dokumentation zum Aufnahme- und Entlassungs-Assessment und der regelmäßigen Evaluierungsergebnisse während des Aufenthalts.

4.2 Glossar und Erläuterungen von Begriffen aus den dargestellten Prozessen

Aufnahmebereitschaft	Prinzipiell soll an einer Akutgeriatrie 24 Stunden/Tag, 7 Tage/Woche Aufnahmebereitschaft gegeben sein.
Betreuungsperson	Person, die die Patientin / den Patienten außerhalb des Krankenhauses betreut/pflegt. Zum Beispiel pflegende Angehörige oder professionell ausgebildete Pflege- / Betreuungsperson (z. B. diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson)
Bettenführende Ärztin / bettenführender Arzt	Verantwortlich während der Hauptdienstzeit
Diensthabende Ärztin / diensthabender Arzt	Verantwortlich außerhalb der Hauptdienstzeit
Entlassungsbrief	Ein informativer Entlassungsbrief soll (zusätzlich zum ELGA-Standard, d. h. Aufnahme- grund, Diagnose bei Entlassung / ICD-10-Code), Maßnahmen/Therapie, empfohlene Medikation, weitere empfohlene Maßnahmen, Kontrollen) folgende Angaben enthalten: » geriatrische Syndrome, » Risikobereiche, » Abschlussberichte des multidisziplinären Teams, » Ergebnisse des geriatrischen Assessments (Aufnahme- und Entlassungs-Assessment), » funktioneller Status zur Entlassung (Mobilität, Selbstständigkeit), » verordnete Hilfsmittel, » soziale Situation (weitere Betreuung, Anträge). Der Entlassungsbrief (oder ausführlicher Arztbrief) soll im Idealfall am Entlassungstag der Patientin / dem Patienten mitgegeben bzw. an Hausärztin/Hausarzt (Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner) übermittelt werden. Dazu ist es notwendig, alle Informationen/Ergebnisse laufend während des Aufenthalts in der Dokumentation einzufügen (= mitzudokumentieren).

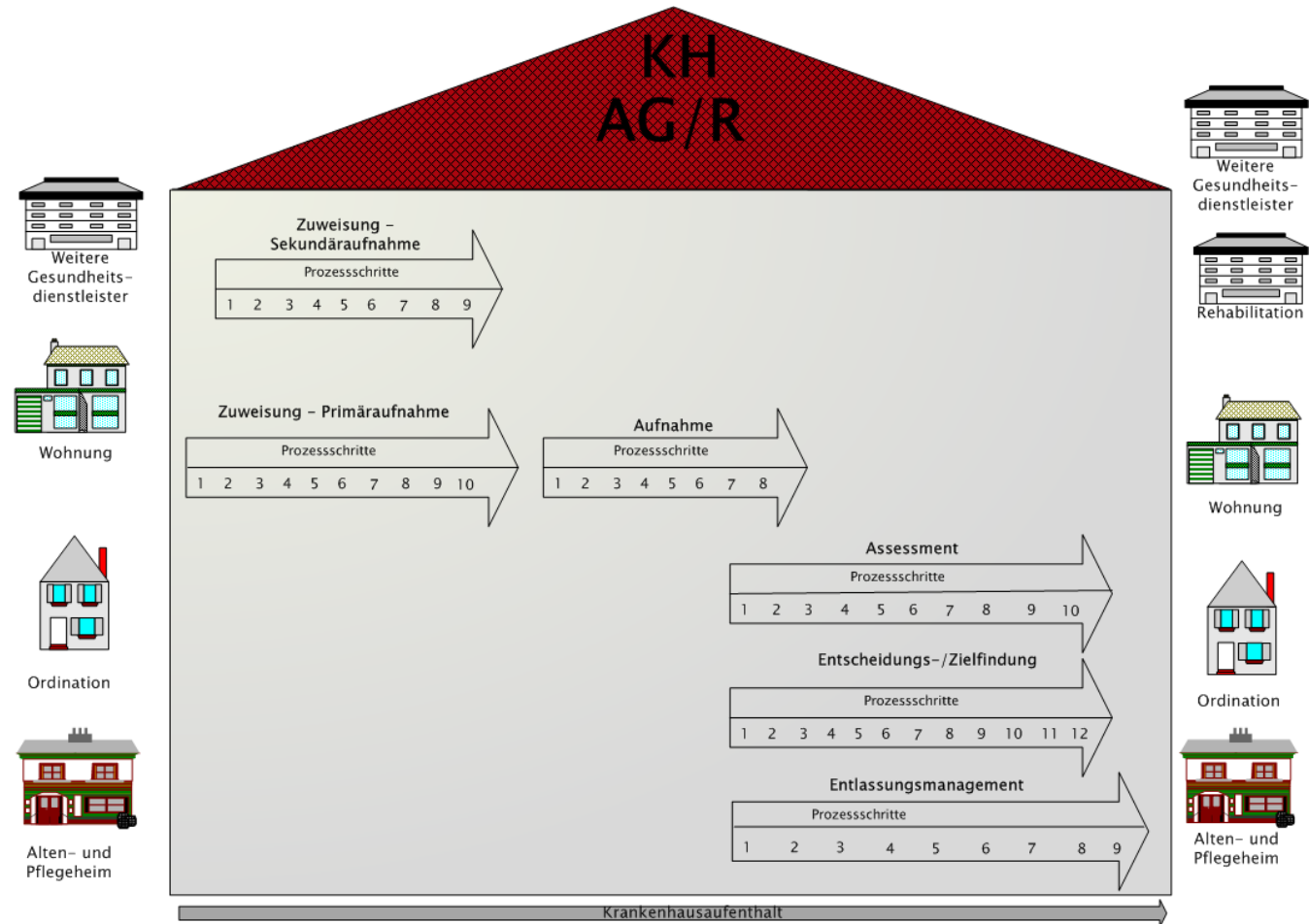
Entlassungsmanagement	Eine standardisierte Maßnahme im Sinne des Case Managements, die für Patientinnen/Patienten mit multiplem Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausentlassung pflegerische, medizinische und soziale Dienstleistungen institutionsübergreifend organisiert (vgl. Coleman 2003). Begriffe und Modelle variieren zwischen den Bundesländern, z. B. Oberösterreich: Überleitungspflege, Steiermark: Entlassungsmanagement im Rahmen von Gesundheitszentren, Salzburg: z. B. Übergangspflege, Wien: Entlassungsmanagement.
Externe Partnerin/ externer Partner	Hausärztin/Hausarzt (Allgemeinmediziner/in), Angehörige, Vertrauensperson, Beschäftigte im Seniorenheim, zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt, Sachwalterin/Sachwalter, mobile Dienste
Geriatrisches Assessment	Das spezifische Diagnoseinstrument der Geriatrie erlaubt eine systematische, multidisziplinäre Evaluation des älteren Menschen. Die komplexen Probleme älterer Menschen können dadurch erfasst, beschrieben und analysiert werden. Die Ermittlung und Darstellung vorhandener Fähigkeiten, Defizite und Ressourcen dient als Basis für die Erarbeitung eines koordinierten Behandlungs- und Versorgungsplans und für die Feststellung des Hilfsmittelbedarfs (vgl. ÖGGG 2011, AG/R-Steuerungsgruppe). Die Broschüre zum Österreichischen Basisassessment (ÖGGG, 2011) beinhaltet u. a. eine Auswahl praxistauglicher Assessment-Instrumente mit Hinweisen zur Durchführung und Bewertung.
Interdisziplinäre Besprechungen	Interdisziplinäre Besprechungen über jede Patientin / jeden Patienten sollen wöchentlich, multidisziplinär (verschiedene Berufsgruppen) stattfinden. Folgende Besprechungsinhalte sind vorzusehen: » Problemanalyse, » Zieldefinition, » Therapieplanung, » Verlaufsbeschreibung aus Sicht der Berufsgruppen, » Dokumentation der Ergebnisse.
Medikamentenanamnese	Systematische Erhebung, welche Medikamente die Patientin / der Patient aktuell einnimmt bzw. eingenommen hat. Folgende Mindestinhalte wurden definiert: » Welche Medikation besteht aktuell (alle Applikationsformen)? » Welche Änderungen wurden im Krankheitsverlauf / in letzter Zeit vorgenommen? » Compliance: Was wird tatsächlich und in welcher Dosierung eingenommen bzw. angewandt (z. B. Pflaster, Injektionen, Tropfen)? » Wird Unterstützung benötigt? Wenn ja, wer leistet Unterstützung? » Welche Zusatzpräparate werden eingenommen (Nahrungsergänzung, rezeptfreie Medikamente)?

Mobile Dienste	Dienste, die die Betreuung und Pflege im gewohnten und familiären Umfeld erleichtern, den Verbleib des betreuungs- und/oder pflegebedürftigen Menschen in seiner häuslichen Umgebung ermöglichen und die pflegenden Angehörigen entlasten. Zu den mobilen Diensten zählen z. B. Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Essen auf Rädern.
MTD	In diesem Handbuch Abkürzung für gehobene medizinisch-technische Dienste, insbesondere Physiotherapeutin/Physiotherapeut, Ergotherapeutin/Ergotherapeut, Logopädin/Logopäde, Diätologin/Diätologen
Multidisziplinäres Team	Alle in der AG/R vertretenen Berufsgruppen: Ärztin/Arzt, klinische Psychologin / klinischer Psychologe, wenn möglich mit Psychotherapieausbildung, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, MTD, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter.
Patientendokumentation	Für einen optimalen interdisziplinären Informationsfluss ist es unabdingbar, dass die Berufsgruppen alle Einsicht in die Dokumentation des Krankheitsverlaufs nehmen können – unter Berücksichtigung berufsrechtlicher Regelungen. Ob Dekurs und Pflegebericht von allen dokumentierenden Berufsgruppen in einem Dokument gemeinsam geführt werden, ist von der jeweiligen Organisation festzulegen. Prinzipiell ist eine gemeinsame Dokumentation zu empfehlen (vgl. AKH Linz et al. 2010).
Pflegeanamnese	Erhebung der pflegebezogenen Vorgeschichte eines Menschen mit seinen Fertigkeiten und Fähigkeiten. Sie dient dazu, Probleme, Fähigkeiten bzw. Ressourcen und Bedürfnisse einer Patientin / eines Patienten einzuschätzen.
Pflegebegleitschreiben	Umfassende schriftliche Information zu pflegerelevanten Themen die Patientin bzw. den Patienten betreffend: » Pflegebedarf (sämtliche Bereiche, in denen die Patientin / der Patient einer Pflege bedarf, sind zu erfassen und zu beschreiben), » weiterversorgende Organisationseinheit und die mit ihr getroffenen Vereinbarungen, » Entlassungszustand. Die Bezeichnungen und Inhalte variieren zwischen den Krankenhäusern und Bundesländern, z. B. Pflegebegleitschreiben, Situationsbericht, Pflegebericht.
Vertrauensperson	Person, die von der Patientin / dem Patienten bestimmt wird, an Informationen und Gesprächen teilzuhaben bzw. bevollmächtigt wird, sie/ihn in bestimmten oder allen Angelegenheiten zu vertreten. Bei der von der Patientin / dem Patienten angegebenen Vertrauensperson handelt es sich meist um einen Angehörigen, muss es aber nicht.

5 Prozesse

Abbildung 5.1: Prozesslandkarte	30
Abbildung 5.2: Zuweisung – Primäraufnahme.....	31
Erläuterungen zu Zuweisung – Primäraufnahme	32
Abbildung 5.3: Zuweisung – Sekundäraufnahme	39
Erläuterungen zu Zuweisung – Sekundäraufnahme	40
Abbildung 5.4: Aufnahme.....	46
Erläuterungen zu Aufnahme.....	47
Abbildung 5.5: Assessment	51
Erläuterungen zu Assessment	52
Abbildung 5.6: Entscheidungs-/Zielfindung.....	57
Erläuterungen zu Entscheidungs-/Zielfindung	58
Abbildung 5.7: Entlassungsmanagement.....	63
Erläuterungen zu Entlassungsmanagement	64

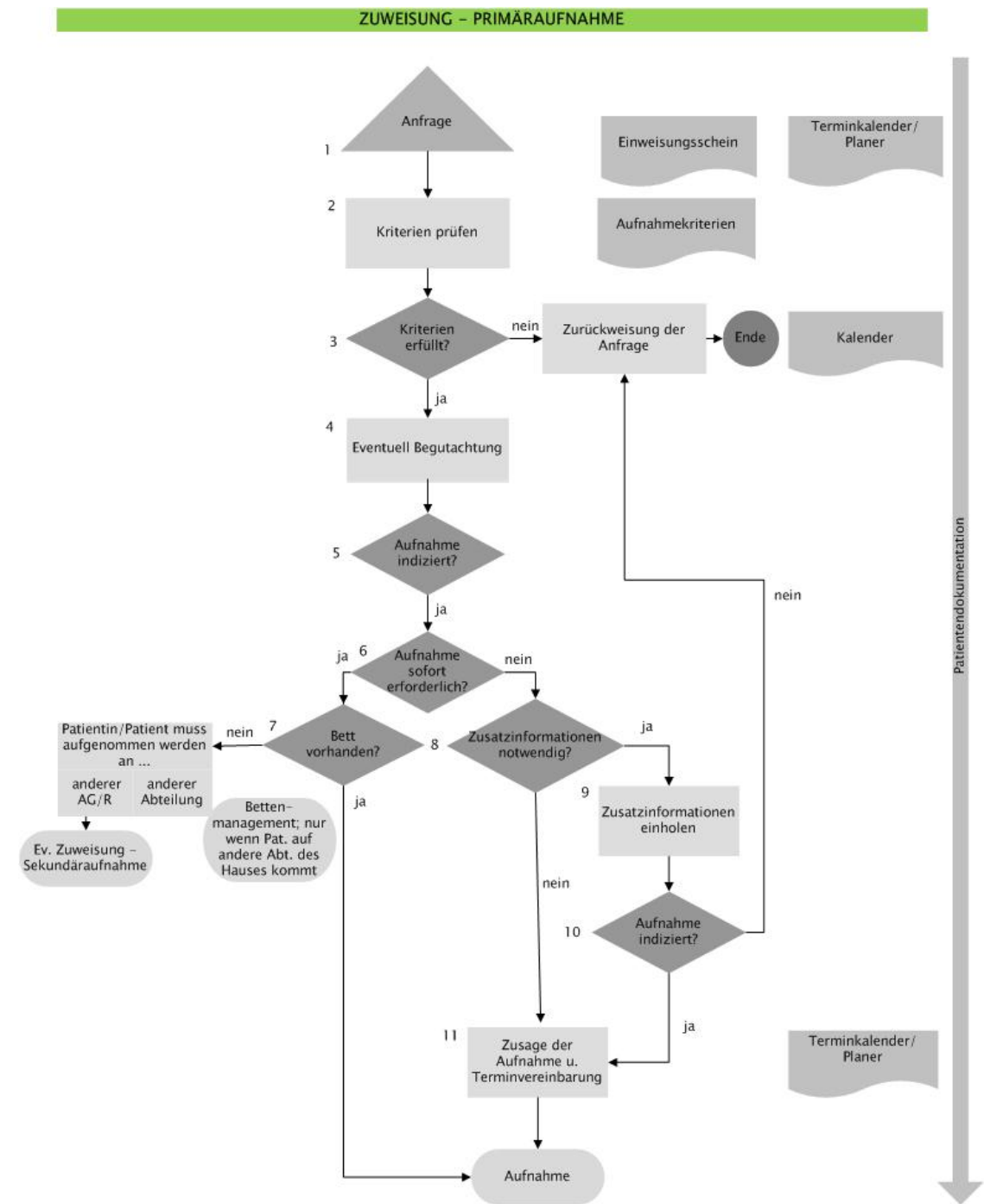
Abbildung 5.1:
Prozesslandkarte



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.2:

Zuweisung – Primäraufnahme



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zuweisung – Primäraufnahme

Unter Zuweisung wird der Prozess des Ansuchens, eine Patientin / einen Patienten in der AG/R stationär aufzunehmen, verstanden.

Primäraufnahme bezieht sich auf Aufnahmen von Patientinnen/Patienten, die von außerhalb des akutstationären Bereichs zugewiesen werden, z. B. Zuweisung aus dem niedergelassenen ärztlichen Bereich, Akutaufnahme, Ambulanz, Alten- und Pflegeheim.

Erläuterungen zum Prozess

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
1	<u>Anfrage:</u> Der Prozess startet mit der Anfrage. Die Anfrage kann gestellt werden von: der/dem niedergelassenen Ärztin/Arzt, von der Ambulanz im Haus / in einem anderen Haus, einer Aufnahmestation. Nur in Ausnahmefällen – bei dringlicher Indikation – kann die Anfrage von der Pati- entin / vom Patienten oder Angehörigen direkt gestellt werden. Wurde eine Einweisung von einer/einem geriatrisch versierten Hausärztin/Hausarzt ausgestellt, kann bei klarer Indikation die Terminvereinbarung auch durch Patientin/ Patient, Angehörige oder Personal des Alten- und Pflegeheims erfolgen. Die Anfrage für eine Primäraufnahme erfolgt in der Regel telefonisch. Die bettenführende Ärztin / der betten- führende Arzt in der AG/R ist von der Anfrage/Zuweisung zu informieren. <u>Durchführung:</u> bettenführende/ diensthabende Ärztin bzw. betten- führender/diensthabender Arzt in der AG/R; Pflegeperson	<u>Informationen, die bei der Anfrage jeden- falls zu erheben sind:</u> » Datum der Anfrage » Patientendaten (z. B. Patientenname, Geburtsdatum, Wohnort) » Zuweisungsgrund » Relevante Diagnosen » Dringlichkeitseinschätzung durch Zuweiser/in » Beschreibung der gesundheitli- chen/funktionellen Situation der Patientin / des Patienten bzw. Remobilisationspotenzial » Soziale Versorgungssituation » Kontaktdaten Angehörige/Sachwalter » Kontaktdaten der anfragenden Person/Institution <u>Formulare/Dokumente:</u> » Terminkalender/Planer » Einweisungsschein Die erforderlichen Daten werden im Auf- nahmebuch/Kalender bzw. in der Patien- tendokumentation vermerkt. <u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
2	<u>Kriterien prüfen:</u> Im Gespräch mit der anfragenden Person wird überprüft, ob die Patientin / der Patient die Aufnahmekriterien erfüllt. Zur Klärung der Patientensituation holt die Ärztin / der Arzt bei der zuweisenden Person telefonisch (entweder während des Erstkontakts oder gegebenenfalls in einem Zusatzgespräch) Zusatzinformationen ein (ergänzende Unterlagen zu aufnahme-relevanten Informationen, Befunde). <u>Durchführung:</u> bettenführende/ diensthabende Ärztin bzw. betten-führender/diensthabender Arzt	<u>Aufnahmekriterien (gemäß ÖSG)</u> Geriatrische Patientinnen/Patienten mit folgenden Kriterien: » Somatische und/oder psychische Multimorbidität, die eine stationäre Akutbehandlung erforderlich macht. » Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit durch den Verlust funktioneller und gegebenenfalls kognitiver Fähigkeiten oder durch psychosoziale Probleme im Rahmen einer Erkrankung. » Bedarf an funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen. <u>Weitere Kriterien für eine Aufnahme in die AG/R:</u> » Physischer und psychischer Zustand muss ausreichend sein, um von den AG/R-Maßnahmen profitieren zu können » Die Patientin / der Patient sollte prinzipiell in die Aufnahme auf die AG/R einwilligen (resp. sollte die Einwilligung der Patientin / des Patienten bei bestimmten Erkrankungen vorausgesetzt werden können). <u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
3	<u>Kriterien erfüllt?</u> <u>Ja</u> Werden die Kriterien erfüllt, dann ist zu entscheiden, ob eine Begutachtung möglich ist. Es geht weiter mit Schritt 4. <u>Nein</u> Werden die Kriterien nicht erfüllt, muss die Anfrage zurückgewiesen werden. Entsprechend der Form der Anfrage (mündlich/schriftlich). Eventuell wird eine Empfehlung für eine weitere Vorgangsweise ausgesprochen. Der Prozess endet hier. <u>Durchführung:</u> bettenführen-de/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R, eventuell mit multidisziplinärem Team	<u>Begutachtung möglich:</u> Patientin/Patient befindet sich in der Ambulanz oder Aufnahme <u>Aufnahmekriterien – Ergebnis:</u> » Aufnahmekriterien erfüllt? (ja/nein, Datum) Bei Ablehnung wird dies dem Anfrager entsprechend der Form der Anfrage mitgeteilt. <u>Patientendokumentation:</u> Information über die Absage an Zuweiser (mündlich/schriftlich)
4	<u>Eventuell Begutachtung:</u> Es wird darüber entschieden, ob eine Begutachtung der Patientin / des Patienten erforderlich ist. Entscheidend für eine etwaige Begutachtung ist die Einschätzung des physischen und psychischen Zustands der Patientin/des Patienten aufgrund der vorliegenden Informationen. Wenn die Einschätzung unklar ist, wird die Begutachtung durchgeführt. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R	<u>Begutachtung:</u> » Feststellung des Remobilisationspotenzials » Grad der Pflegebedürftigkeit » Kognitive Situation <u>Eine Begutachtung wird erfolgen, wenn:</u> » die Aufnahmekriterien (siehe Schritt 2) aufgrund der vorliegenden Information nicht ausreichend beurteilt werden können und » wenn eine Begutachtung überhaupt organisatorisch möglich ist, z. B. Patientin/Patient befindet sich in einer zentralen Aufnahme <u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
5	<u>Aufnahme indiziert?</u> <u>Ja</u> Auf Basis der vorliegenden Informationen kann die Frage beantwortet werden, ob die Aufnahme in der AG/R indiziert ist, d. h. ob die Patientin / der Patient einen Nutzen aus der Behandlung ziehen kann. Es geht weiter mit Schritt 6. <u>Nein</u> Ist aufgrund der vorliegenden Informationen die Aufnahme nicht indiziert, muss die Anfrage (mündlich/schriftlich) zurückgewiesen werden. Eventuell wird eine Empfehlung für eine weitere Vorgangsweise ausgesprochen. Der Prozess endet hier. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R, eventuell mit multidisziplinärem Team	<u>Wann ist die Aufnahme nicht indiziert:</u> » Patientin/Patient ist in einem physisch und/oder psychisch nicht ausreichenden Zustand, um von den Leistungen der AG/R profitieren zu können » Wenn die Patientin / der Patient die im Schritt 2 angeführten Kriterien nicht erfüllt » Siehe auch Prozess „Aufnahme“, Prozessschritt 4 (Intervention machbar?) unter Interventionen, die nicht auf der AG/R machbar sind
6	<u>Aufnahme sofort erforderlich?</u> <u>Ja</u> Wenn die Aufnahme sofort erfolgt, muss geklärt werden, ob ein Bett in der AG/R frei verfügbar ist. Es geht weiter mit Schritt 7. <u>Nein</u> Wenn die Aufnahme nicht sofort sein muss, dann geht es weiter mit Schritt 8. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R	Prinzipiell soll an einer Akutgeriatrie 24 Stunden/Tag, 7 Tage/Woche Aufnahmebereitschaft gegeben sein. Dies ist vom Träger bei Personalausstattung und Zielauslastung zu berücksichtigen. <u>Wann ist eine Aufnahme sofort durchzuführen:</u> » dringliche medizinische akutgeriatrische Indikation » Aufnahme in der AG/R ohne weitere zeitliche Verzögerung notwendig, um das Remobilisationspotenzial zu erhalten <u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt

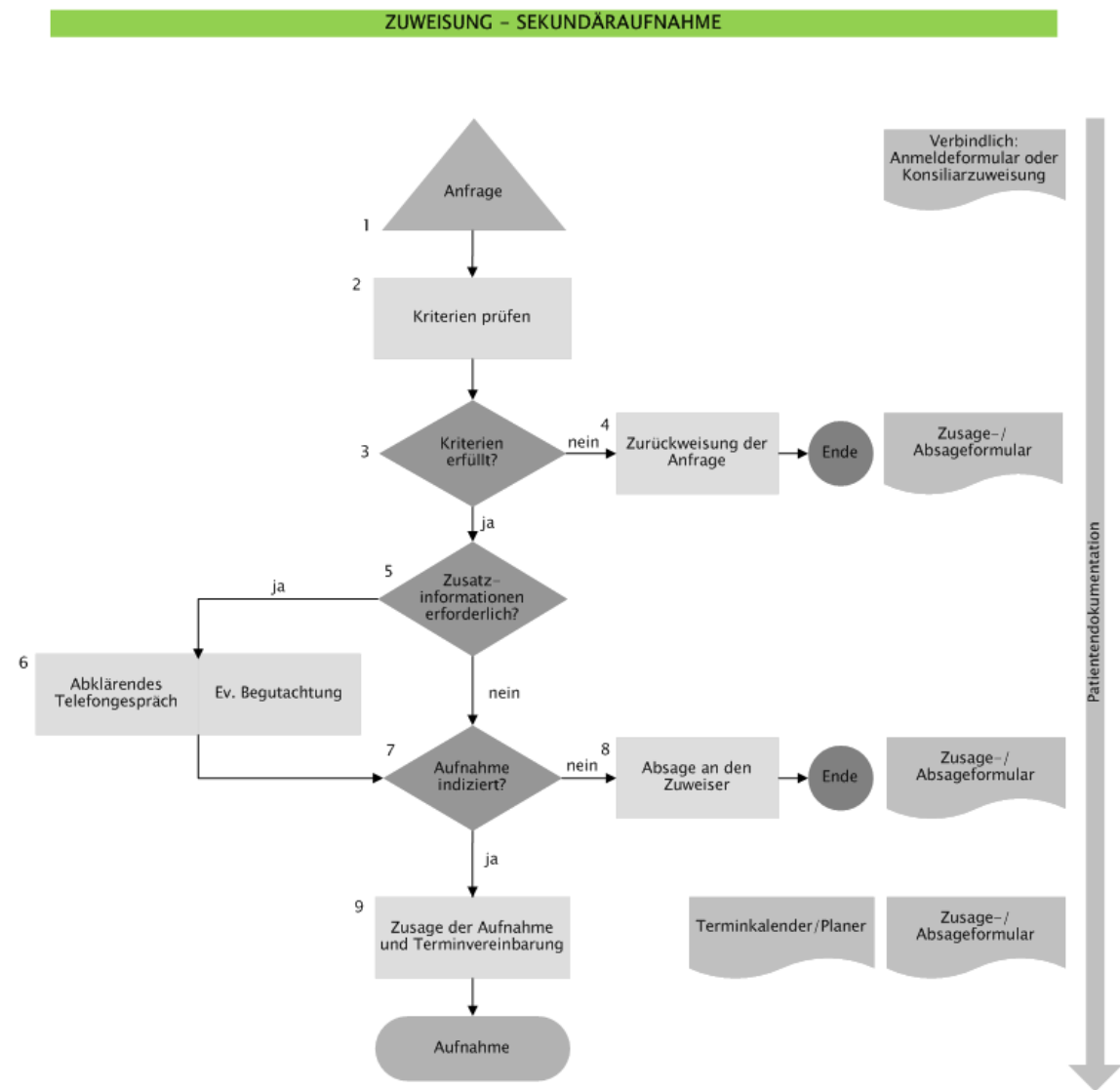
Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
7	<u>Bett vorhanden?</u> <u>Nein</u> Wenn kein Bett in der AG/R verfügbar ist, soll der Anfrager sich darum bemühen, dass die Patientin / der Patient in einer anderen AG/R aufgenommen werden kann. Wird die Patientin / der Patient in einer anderen Abteilung aufgenommen, mündet dieser Schritt eventuell in den Prozess Zuweisung Sekundäraufnahme. <u>Ja</u> Der Prozess der Zuweisung endet, und es folgt der Prozess der Aufnahme. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R, eventuell mit Pflegeperson	
8	<u>Zusatzinformation notwendig?</u> Es handelt sich nun um eine Aufnahme, die nicht sofort erfolgen muss. In diesem Fall ist abzuklären, ob Zusatzinformationen für die Entscheidung einer Aufnahme bzw. die Planung des Aufenthalts erforderlich sind. <u>Ja</u> Es geht weiter mit Schritt 9. <u>Nein</u> Sind keine Zusatzinformationen notwendig, dann geht es weiter mit Schritt 11. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R	

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
9	<u>Zusatzinformation einholen</u> Sind Zusatzinformationen erforderlich, dann werden diese eingeholt. Wo können Zusatzinformationen eingeholt werden: » Ambulanztermin, » Gespräch mit Angehörigen, » Gespräch mit der Patientin / dem Patienten, » Telefonat mit dem Zuweiser, » einsehbare frühere Krankengeschichten und Assessmentergebnisse. Es geht weiter mit Schritt 10. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R	Folgende Kriterien können der/dem erfahrenen Geriaterin/Geriater helfen, das individuelle Potential und damit die Sinnhaftigkeit der Aufnahme abzuschätzen, können aber nur Mosaiksteine im Rahmen der Beurteilung der ÖSG-Kriterien (siehe Schritt 2) sein, z. B. » Vorbestehender Funktionsgrad » Monodimensionale Erkrankung? » Multimorbidität? » Psychiatrische Auffälligkeiten? » Dialysepflichtigkeit? <u>Patientendokumentation:</u> » Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt
10	<u>Aufnahme indiziert?</u> Auf Basis der zusätzlich <u>eingeholten</u> Zusatzinformationen kann die Frage beantwortet werden, ob die Aufnahme in die AG/R indiziert ist, d. h. ob die Patientin / der Patient einen Nutzen aus der Behandlung ziehen kann. <u>Ja</u> Dann geht es weiter mit Schritt 11. <u>Nein</u> Die Anfrage wird zurückgewiesen (siehe Schritt 5). <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R	<u>Wann ist die Aufnahme nicht indiziert:</u> » Patientin/Patient ist in einem physisch und/oder psychisch nicht ausreichenden Zustand, um von den Leistungen der AG/R profitieren zu können » Wenn die Patientin / der Patient die im Schritt 2 angeführten Kriterien nicht erfüllt

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
11	<u>Zusage der Aufnahme und Terminvereinbarung:</u> Die Ärztin/der Arzt sagt der zuweisenden Person die Aufnahme in die AG/R zu und vereinbart den Aufnahmetermin. Der Prozess endet, und es folgt der Prozess der Aufnahme. <u>Terminvereinbarung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R/Pflegeperson/administrative Stelle <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R	<u>Terminkalender der AG/R:</u> » Der Aufnahmetermin und Name der Patientin / des Patienten wird eingetragen » Dokumentation der Zusage (Handzeichen der zusagenden Person, Datum) <u>Patientendokumentation:</u> » Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt <u>Zusage an (entsprechend der Art der Anfrage):</u> » Zuweiser (Krankenhaus, Betreuer, Behandler) » Patientin/Patient
Kriterium:	Dokumentation der Aufnahmekriterien Indikator: Anzahl an Patientinnen/Patienten, bei denen die Aufnahmekriterien dokumentiert sind, dividiert durch die Anzahl aller aufgenommenen Patientinnen/Patienten	

Abbildung 5.3:

Zuweisung – Sekundäraufnahme



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zuweisung – Sekundäraufnahme

Unter Zuweisung wird der Prozess des Ansuchens, eine Patientin / einen Patienten in der AG/R stationär aufzunehmen, verstanden.

Sekundäraufnahmen beziehen sich auf Aufnahmen von Patientinnen/Patienten, die aus einem anderen akutstationären Bereich zugewiesen werden, z. B. Zuweisung aus einer anderen Abteilung (im Haus / außerhalb des Hauses).

Erläuterungen zum Prozess

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
1	<u>Anfrage:</u> Der Prozess startet mit der Anfrage. Die Anfrage kann gestellt werden von: einer anderen Abteilung im Haus / einem anderen Krankenhaus. Die Anfrage für eine Sekundäraufnahme erfolgt in der Regel schriftlich. Die bettenführende Ärztin / der bettenführende Arzt in der AG/R ist von der Anfrage zu informieren. <u>Durchführung: Außerhalb der AG/R:</u> behandelnde auswärtige Ärztin / behandelnder auswärtiger Arzt <u>Innerhalb der AG/R:</u> bettenführende/ diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/ diensthabender Arzt in der AG/R	<u>Informationen, die bei der Anfrage erhoben werden:</u> » Datum der Anfrage » Patientendaten (z. B. Patientennamen, Geburtsdatum, Wohnort) » Zuweisungsgrund » Relevante Diagnosen » Beschreibung der gesundheitlichen/funktionellen Situation der Patientin / des Patienten bzw. Remobilisationspotenzial » Soziale Versorgungssituation » Kontaktdaten Angehöriger/Sachwalter » Kontaktdaten der anfragenden Person/Institution <u>Formulare/Dokumente:</u> <u>Verbindlich:</u> Anmeldeformular oder Konsiliarzuweisung Die erforderlichen Daten werden im Aufnahmebuch/Kalender vermerkt.

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
2	<u>Kriterien prüfen:</u> Zur Prüfung der gesundheitlichen Situation der Patientin / des Patienten bzw. zur Kriterienprüfung stehen drei Informationsquellen zur Verfügung: Zuweisungsformular, Telefongespräch oder persönliche Begutachtung (Konsiliarbegutachtung). Welche Form der Kriterienprüfung gewählt wird, hängt von den organisatorischen Gegebenheiten ab. Die Konsiliarbegutachtung stellt die effektivste Form der Kriterienüberprüfung dar. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R	<u>Aufnahmekriterien (gemäß ÖSG):</u> Geriatrische Patientinnen/Patienten mit folgenden Kriterien: » somatische und/oder psychische Multimorbidität, die eine stationäre Akutbehandlung erforderlich macht; » Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit durch den Verlust funktioneller und gegebenenfalls kognitiver Fähigkeiten oder durch psychosoziale Probleme im Rahmen einer Erkrankung; » Bedarf an funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder re-integrierenden Maßnahmen. <u>Weitere Kriterien für eine Aufnahme in die AG/R:</u> » Physischer und psychischer Zustand muss ausreichend sein, um von den AG/R-Maßnahmen profitieren zu können. » Die Patientin / der Patient sollte prinzipiell in die Aufnahme auf die AG/R einwilligen (resp. sollte die Einwilligung der Patientin / des Patienten bei bestimmten Erkrankungen vorausgesetzt werden können). <u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
3	<u>Kriterien erfüllt?</u> <u>Ja</u> Werden die Kriterien erfüllt, dann ist zu überprüfen, ob Zusatzinformationen erforderlich sind. Der frühestmögliche Übernahmzeitpunkt soll angestrebt werden. <u>Nein</u> Dann geht es weiter mit Schritt 4. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R, eventuell mit multidisziplinärem Team	<u>Aufnahmekriterien – Ergebnis:</u> » Aufnahmekriterien erfüllt? (ja/nein Datum) <u>Patientendokumentation</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt
4	<u>Zurückweisung der Anfrage</u> Werden die Kriterien nicht erfüllt, muss die Anfrage zurückgewiesen werden. Entsprechend der Form der Anfrage (zumeist schriftlich). Eventuell wird eine Empfehlung für eine weitere Vorgangsweise ausgesprochen. Der Prozess endet hier. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R	<u>Formulare/Dokumente:</u> Zusage-/Absageformular Konsiliarbefund <u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
5	<u>Zusatzinformationen erforderlich?</u> Es ist abzuklären, ob Zusatzinformationen für die Entscheidung einer Aufnahme erforderlich sind. <u>Ja</u> Es geht weiter mit Schritt 6. <u>Nein</u> Sind keine Zusatzinformationen notwendig, dann geht es weiter mit Schritt 7. <u>Durchführung:</u> bettenführen- de/diensthabende Ärztin bzw. bettenfüh- render/diensthabender Arzt in der AG/R	<u>Parameter zur Entscheidung über Zusatzinformationen:</u> Wenn die im Schritt 2 genannten Kriterien aufgrund der vorliegenden Information nicht ausreichend beurteilt werden können. <u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt
6	<u>Abklärendes Telefongespräch – ev. Begutachtung:</u> In einem abklärenden Telefongespräch werden offene Fragen zum physischen und psychischen Zustand der Patientin / des Patienten geklärt. Sollte die Situation telefonisch nicht abzuklären sein, erfolgt eine Begutachtung. <u>Durchführung:</u> bettenführende/dienst- habende Ärztin bzw. bettenführender/ diensthabender Arzt in der AG/R	Folgende Kriterien können der/dem erfahrenen Geriaterin/Geriater helfen, das individuelle Potenzial und damit die Sinnhaftigkeit der Aufnahme abzuschätzen, können aber nur Mosaiksteine im Rahmen der Beurteilung der ÖSG-Kriterien (siehe Schritt 2) sein, z. B. » Belastbarkeit der Patientin / des Patienten, insbesondere von implantierten Osteosynthesen? » Parenterale Ernährung? » Schwere Infektionen ausbehandelt? » Dialysetermine? <u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
7	<u>Aufnahme indiziert:</u> Auf Basis der nun vorliegenden Informationen und der Erfüllung der Aufnahmekriterien kann die Frage beantwortet werden, ob die Patientin / der Patient für die AG/R geeignet ist und einen Nutzen aus deren Behandlung ziehen kann. <u>Ja</u> Es geht weiter mit Schritt 9. <u>Nein</u> Es geht weiter mit Schritt 8. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R	<u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt
8	<u>Absage an den Zuweiser:</u> Werden die Aufnahmekriterien nicht erfüllt, muss dem Zuweiser eine Absage erteilt werden. Eventuell wird eine Empfehlung für eine weitere Vorgangsweise ausgesprochen. Der Prozess endet hier. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R	<u>Absage an:</u> » Zuweiser (behandelnde Ärztin / behandelnden Arzt) <u>Formulare/Dokumente:</u> » Zusage-/Absageformular bzw. Konsiliarbefund

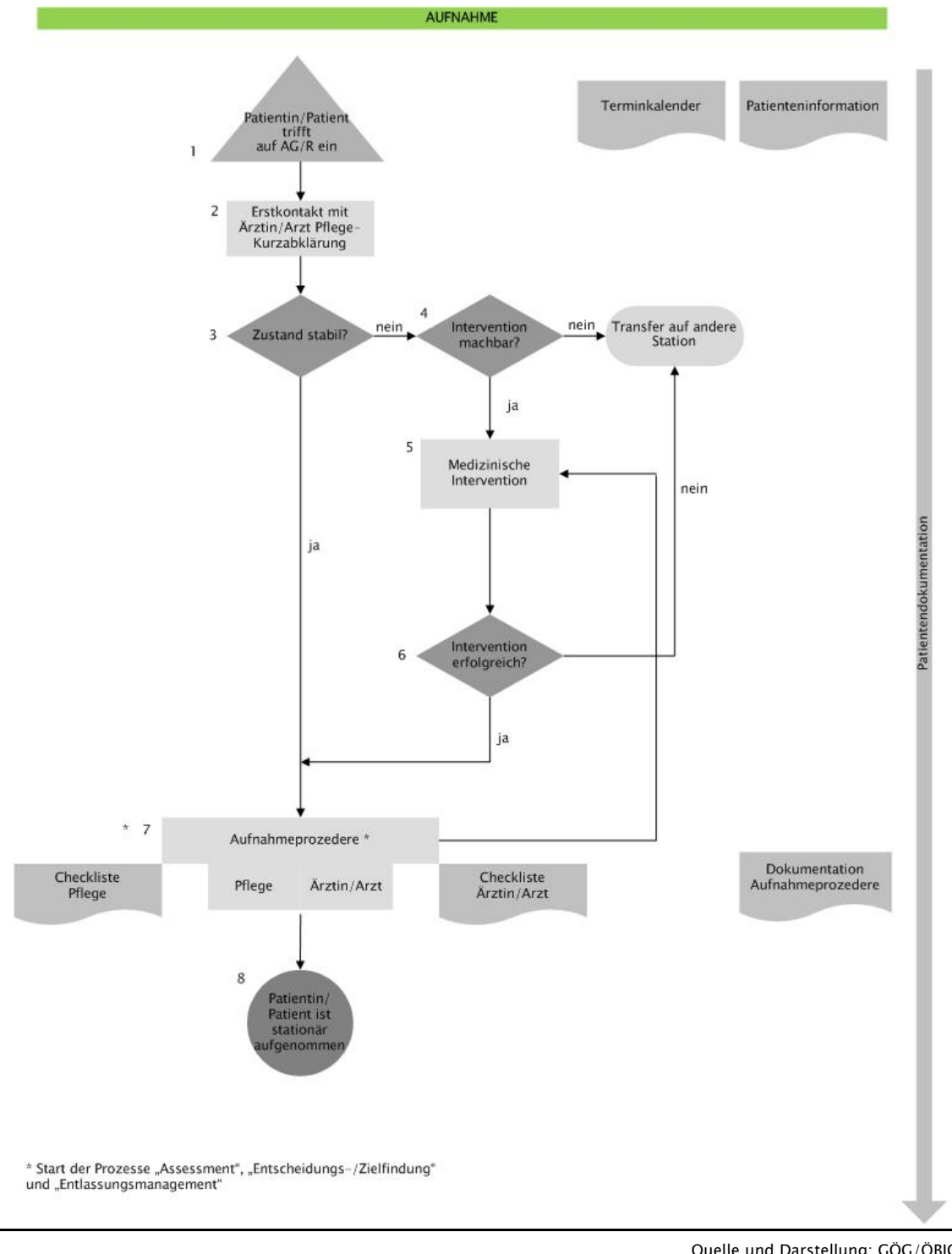
Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
9	<u>Zusage der Aufnahme und Terminvereinbarung:</u> Die begutachtende Ärztin / der begutachtende Arzt sagt der zuweisenden Person die Aufnahme in die AG/R zu und vereinbart den Aufnahmetermin. Der Prozess endet, und es folgt der Prozess der Aufnahme. <u>Terminvereinbarung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R/Pflegeperson/administrative Stelle <u>Zusage:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R/Pflegeperson	<u>Terminkalender der AG/R:</u> » Der Aufnahmetermin und Name der Patientin / des Patienten wird eingetragen. » Dokumentation der Zusage (Handzeichen der zusagenden Person, Datum) <u>Zusage an:</u> » Zuweiser (Ärztin/Arzt der Abteilung) <u>Formulare/Dokumente:</u> » Zusage-/Absageformular/Konsiliarbefund

Kriterium: Dokumentation der Aufnahmekriterien

Indikator: Anzahl an Patientinnen/Patienten, bei denen die Erfüllung der Aufnahmekriterien dokumentiert ist, dividiert durch die Anzahl aller aufgenommenen Patientinnen/Patienten

Abbildung 5.4:

Aufnahme



Aufnahme

Unter Aufnahme wird der Prozess verstanden vom Zeitpunkt des Eintreffens der Patientin / des Patienten bis zum Abschluss der administrativen und medizinischen Aufnahme in der AG/R.

Erläuterungen zum Prozess

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
1	<u>Patientin/Patient trifft auf AG/R ein</u> Pflegeperson empfängt eintreffende Patientin / eintreffenden Patienten, führt ins Untersuchung-/Aufnahme-/Patientenzimmer, Aufnahmeprozess startet. Information an Patientin/Patienten über Tagesablauf und Station. <u>Durchführung:</u> Pflegeperson	<u>Terminkalender:</u> » aktualisieren Prüfung, ob Patientin/Patient im Haus bekannt bzw. bereits erfasst ist. Wenn nein, müssen alle Daten erfasst werden. Erfassung der Patientendaten entsprechend dem jeweiligen KH-Standard <u>Patienteninformation:</u> Übergabe einer Patientenmappe
2	<u>Erstkontakt mit Ärztin/Arzt und Pflege – Kurzaufklärung:</u> Erstkontakt durch diensthabende Ärztin / diensthabenden Arzt und Pflegeperson, um aktuelle Patientensituation einschätzen zu können Kurzaufklärung dient zur allgemeinen Beurteilung der Patientin / des Patienten und zur Ersteinschätzung, wie stabil/instabil, orientiert/desorientiert die Patientin / der Patient ist und welche Schritte akut einzuleiten sind. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R, Pflegeperson	<u>Kurzaufklärung:</u> Erhebung der Vitalzeichen, der Basisparameter (Größe, Gewicht, Blutzucker, Blutdruck, Puls, Temperatur) und der Orientierung

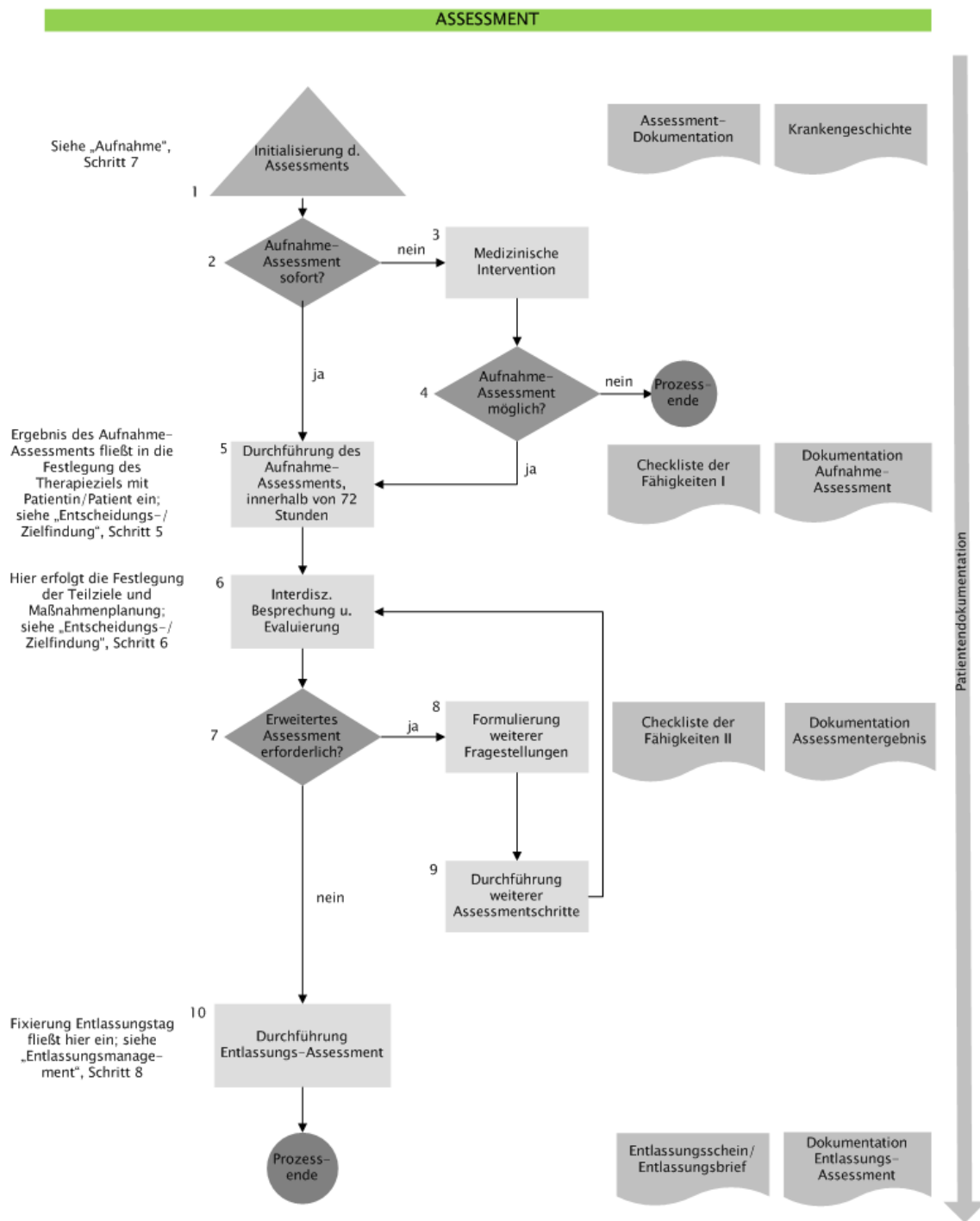
Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
3	<u>Zustand stabil?</u> <u>Ja</u> Ist der physische und psychische Zustand der Patientin / des Patienten stabil, dann geht es weiter mit Schritt 7. <u>Nein</u> Ist der physische und psychische Zustand nicht stabil, geht es weiter mit Schritt 4. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R	<u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt
4	<u>Intervention machbar?</u> <u>Nein</u> Ist der physische und psychische Zustand der Patientin / des Patienten instabil, muss geklärt werden, ob eine akute medizinische Intervention auf der AG/R durchführbar ist. Ist dies nicht der Fall, so erfolgt der Transfer der Patientin / des Patienten auf eine andere Station. <u>Ja</u> Es geht weiter mit Schritt 5. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R, Pflegeperson	<u>Interventionen, die notwendig werden können und auf der AG/R machbar sind:</u> » gesamte Basisversorgung der Patientin / des Patienten bis hin zur cardiopulmonalen Reanimation <u>Interventionen, die notwendig werden können, jedoch NICHT auf der AG/R machbar sind:</u> » Intervention, die zu einer „intensiv“ monitorisierten Überwachungssituation führen » Chirurgische Intervention <u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt
5	<u>Medizinische Intervention</u> Wenn die medizinische Intervention auf der AG/R machbar ist, dann wird sie durchgeführt. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R, Pflegeperson	<u>Patientendokumentation:</u> » Dokumentation medizinische Intervention

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
6	<u>Intervention erfolgreich</u> <u>Ja</u> Wenn die medizinische Intervention auf der AG/R durchgeführt wurde und sie erfolgreich war, dann weiter mit Schritt 7. <u>Nein:</u> Ist die gesetzte medizinische Intervention nicht erfolgreich, dann muss die Patientin / der Patient auf eine andere Station transferiert werden. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R	<u>Patientendokumentation:</u> » Standardisierte Behandlungsdokumentation von Therapie und Verlauf wie auf einer Normalbettenstation, bei Bedarf inklusive Überwachungsblätter
7	<u>Aufnahmeprozedere:</u> Durch Ärztin/Arzt und Pflegeperson wird entsprechend den Checklisten die medizinische und pflegerische Anamnese durchgeführt. Nach Abschluss des Aufnahmeprozedere endet der Prozess mit der stationären Aufnahme der Patientin / des Patienten (Schritt 8). Im Rahmen des Aufnahmeprozedere kann der Bedarf nach einer medizinischen Intervention festgestellt werden. Ist dies der Fall, geht es weiter mit Schritt 5. ☞ Start der Prozesse „Assessment“, „Entscheidungs-/Zielfindung“ und „Entlassungsmanagement“ <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R, Pflegeperson	<u>Checkliste Pflege:</u> Pflegeanamnese laut GuKG § 14 Geriatrische Pflegeanamnese: » Selbsthilfefähigkeit » Mangelernährung-Screening » Sturzrisiko » Dekubitusrisiko » Inkontinenzscreening <u>Checkliste Ärztin/Arzt:</u> Medizinische Anamnese unter besonderer Berücksichtigung geriatrischer Fragestellungen, z. B. Selbsthilfedefizite, Sturzrisiko, Kognition, Medikamentenanamnese inkl. Änderung der Medikation im Krankheitsverlauf, Mobilität » Medizinischer Status inkl. EKG, Labor » Anordnung von Hilfsbefunden <u>Formulare/Dokumente:</u> » Dokumentation Aufnahme-prozedere

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
8	<u>Patientin/Patient ist stationär aufgenommen:</u> Prozess endet hier.	
Kriterium:	Anzahl an Patientinnen/Patienten mit abgeschlossener Aufnahmedokumentation Indikator: Anzahl an Patientinnen/Patienten, bei denen eine abgeschlossene Aufnahme- dokumentation vorliegt, dividiert durch die Anzahl aller aufgenommenen Patientinnen/ Patienten	

Abbildung 5.5:

Assessment



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Assessment

Der Prozess „Assessment“ dient zur systematischen Erfassung des Gesundheits- und Funktionszustandes der Patientin / des Patienten, beginnt während der Aufnahme und endet mit der Dokumentation aller durchgeführten Assessments (Aufnahme- und Entlassungs-Assessment).

Erläuterungen zum Prozess

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
1	<u>Initialisierung der Assessments:</u> Der Prozess „Assessment“ beginnt nachdem der Prozess „Aufnahme“ abgeschlossen ist, d. h. wenn die Patientin / der Patient stationär aufgenommen ist. ☞ Siehe „Aufnahme“, Schritt 7 <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	<u>Krankengeschichte wird angelegt</u> <u>Assessment-Dokumentation</u>
2	<u>Aufnahme-Assessment sofort?</u> Die bettenführende Ärztin bzw. der bettenführende Arzt entscheidet auf Basis des physischen und psychischen Zustandes der Patientin / des Patienten, ob das Aufnahme-Assessment sofort (innerhalb von 72 Stunden) abgeschlossen werden kann. <u>Nein</u> Dann weiter mit Schritt 3 <u>Ja</u> Dann weiter mit Schritt 5. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R	<u>Entscheidende Parameter für ein sofortiges Assessment:</u> » Allgemeinzustand gut » Aufmerksamkeit, Wachheit gegeben » Konzentrationsfähigkeit gegeben » Kooperationsfähigkeit der Patientin / des Patienten gegeben

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
3	<u>Medizinische Intervention:</u> Befindet sich die Patientin / der Patient in einem Gesundheitszustand, der ein Aufnahme-Assessment nicht zulässt, so wird dieses auf einen geeigneten Zeitpunkt verschoben. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R	<u>Patientendokumentation:</u> » Dokumentation der medizinischen Intervention
4	<u>Aufnahme-Assessment möglich?</u> <u>Nein</u> Ist nach der Durchführung der medizinischen Intervention das Aufnahme-Assessment noch immer nicht möglich, endet hier der Prozess. <u>Ja</u> Dann geht es weiter mit Schritt 5. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R	<u>Einschlusskriterien für das Assessment:</u> » Patientin/Patient ausreichend physisch und psychisch belastbar <u>Ausschlusskriterien für das Assessment:</u> » stark reduzierter Allgemeinzustand » instabiler Gesundheitszustand » keine Patientenzustimmung

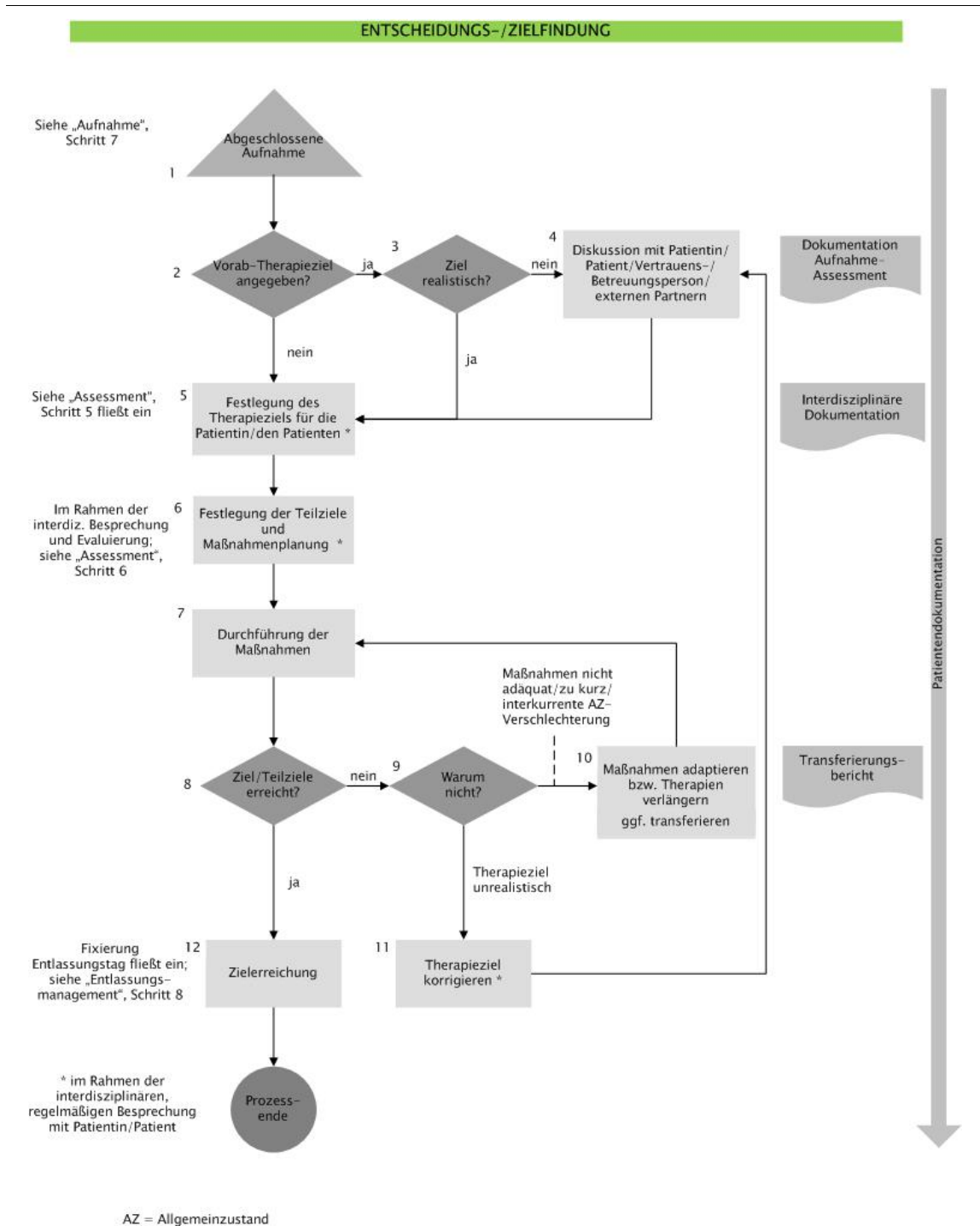
Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
5	<u>Durchführung des Aufnahme-Assessments innerhalb von 72 Stunden:</u> Das Aufnahme-Assessment sollte innerhalb von 72 Stunden nach der Aufnahme der Patientin / des Patienten entsprechend der Checkliste I vom multidisziplinären Team durchgeführt werden. Auf der Basis von standardisierten Assessments werden die zu erarbeitenden Bereiche systematisch abgearbeitet und (elektronisch) dokumentiert. Es steht jeder AG/R frei, die Assessments selbst zu wählen, es sollen aber alle Teilbereiche der Checkliste I erfasst werden. ☞ Ergebnis des Aufnahme-Assessments fließt in die Festlegung des Therapieziels mit Patientin/Patient ein; siehe „Entscheidungs-/ Zielfindung“, Schritt 5 <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	<u>Checkliste I:</u> » Kognition » Psychischer Zustand » Mobilität » Kontinenz » Selbstpflege » Nahrungsaufnahme/Dysphagie » Ernährungszustand » Kommunikationsfähigkeit » Schmerz » Dekubitusrisiko » Sturzrisiko » Delirrisiko (schon beim Assessment, DOSS-Skala) <u>Assessmentbroschüre ÖGGG:</u> Die Tests zu den Fähigkeiten (Checkliste I) sind in der Assessmentbroschüre der ÖGGG aufgelistet. <u>Patientendokumentation:</u> » (Elektronische) Dokumentation Aufnahme-Assessment
6	<u>Interdisziplinäre Besprechung u. Evaluierung:</u> In der zumindest einmal wöchentlich stattfindenden interdisziplinären Besprechung werden folgende Themen besprochen: » Vorstellung der Patientin / des Patienten » Festlegung der Ressourcen und Defizite » Festlegung des Behandlungsziels » Evaluierung des Behandlungsziels während des Aufenthalts » Evaluierung des Behandlungsziels am Ende des Aufenthalts ☞ Hier erfolgt die Festlegung der Teilziele und Maßnahmenplanung siehe „Entscheidungs-/ Zielfindung“, Schritt 6 <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	<u>Patientendokumentation:</u> » Dokumentation des Behandlungsbedarfs » Dokumentation der Ressourcen und Defizite » Dokumentation der Behandlungsziele » Evaluierungsergebnisse während des Aufenthalts » Evaluierungsergebnis am Ende des Aufenthalts

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
7	<u>Erweitertes Assessment erforderlich?</u> Im Rahmen der interdisziplinären Gespräche wird entschieden, ob weitere Tests erforderlich sind. <u>Nein</u> Wenn zur Abschätzung des Behandlungsbedarfs und -ziels keine weiteren Tests erforderlich sind, dann weiter mit Schritt 10. <u>Ja</u> Es geht weiter mit Schritt 8. <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	<u>Einschlusskriterien für das Assessment:</u> » Patientin/Patient ausreichend physisch und psychisch belastbar
8	<u>Formulierung weiterer Fragestellungen:</u> Eine Auswahl an validen Tests zur Abschätzung des Behandlungsbedarfs und -ziels wird festgelegt und anschließend durchgeführt. Die für die jeweiligen Tests verantwortlichen Berufsgruppen werden mit der Durchführung beauftragt. <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	<u>Checkliste II:</u> Weitere Problemlagen: » Sturzangst » Depression » Demenz » Frailty » Sprachstörung/Aphasie » Neuropsychologie (Apraxie, Neglect, Hemianopsie) <u>Patientendokumentation:</u> (Elektronische) Dokumentation Assessmentergebnis
9	<u>Durchführung weiterer Assessmentschritte:</u> Eine Auswahl an weiteren Assessmentschritten zur Abschätzung des Behandlungsbedarfs und -ziels wird durchgeführt. <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	<u>Patientendokumentation:</u> Elektronische Dokumentation weiterer Testergebnisse

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
10	<u>Durchführung Entlassungs-Assessment</u> Das Entlassungs-Assessment soll in den letzten 48 Stunden vor der Entlassung durchgeführt werden. Es dient zur Überprüfung des Behandlungserfolgs. Auf Basis der bereits vorliegenden Assessments werden alle relevanten Assessments nochmals durchgeführt und (elektronisch) erfasst sowie im Entlassungsbrief vermerkt. ☞ Fixierung Entlassungstag fließt hier ein; siehe „Entlassungsmanagement“, Schritt 8 <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	<u>(Elektronische) Dokumentation (in der Patientendokumentation):</u> » Entlassungs-Assessment
	<u>Prozessende:</u> Der Prozess endet mit der Dokumentation und gegebenenfalls vergleichender Darstellung aller durchgeführten Assessments. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R, Pflege, therapeutisches Personal	(Elektronische) Dokumentation (in der Patientendokumentation) Entlassungsschein/Entlassungsbrief (gemäß KAKuG), in der Praxis oft andere Bezeichnungen gebräuchlich, wie z. B. kurzer Arztbrief (= Entlassungsschein), Patientenbrief (Entlassungsbrief).
Kriterium:	Durchgeführte Aufnahme- und Entlassungs-Assessments Indikator: Anzahl an Patientinnen/Patienten, für die sowohl ein Aufnahme- als auch Entlassungs-Assessment durchgeführt wurde (Ausnahme Tod oder Transferierung), dividiert durch Gesamtzahl an Patientinnen/Patienten	

Abbildung 5.6:

Entscheidungs-/Zielfindung



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Entscheidungs-/Zielfindung

Unter Entscheidungs-/Zielfindung wird der Prozess verstanden von der Festlegung des Therapieziels bis zur Zielerreichung bzw. Korrektur des Therapieziels. Das Therapieziel kann sich auf die medizinische, pflegerische und therapeutische Dimension beziehen.

Erläuterungen zum Prozess

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
1	<u>Abgeschlossene Aufnahme:</u> Der Prozess beginnt spätestens mit der abgeschlossenen Aufnahme. ☞ Siehe „Aufnahme“, Schritt 7 <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R	Abgeschlossene Aufnahme bedeutet in diesem Kontext das Vorliegen einer therapiezielleitenden Erfassung der führenden geriatrischen Funktionsstörung/en. <u>Patientendokumentation:</u> Informationen zur Patientin / zum Patienten werden gesammelt
2	<u>Vorab-Therapieziel angegeben?</u> Hier wird überprüft, ob ein Vorab-Therapieziel angegeben wurde, z. B. von der zuweisenden Ärztin / vom zuweisenden Arzt, von der Patientin / vom Patienten, von der Vertrauens-/ Betreuungsperson. <u>Ja</u> Es geht weiter mit Schritt 3 <u>Nein</u> Es geht weiter mit Schritt 5. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R, Pflegeperson	Über ein Vorab-Therapieziel wird das Team informiert. <u>Patientendokumentation:</u> » Aufnahme des Vorab-Therapieziels » und Integration in den Patientenwunsch (siehe Schritt 5) <u>Beispiele für Therapieziele:</u> » Stiegen steigen » Sicherer selbstständiger Transfer » Selbstständige Benutzung der Toilette <u>Dokumentation Aufnahme-Assessment</u>

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
3	<u>Ziel realistisch?</u> Das AG/R-Team beurteilt anhand der vorliegenden Befunde und gegebenenfalls des Assessmentergebnisses, ob das vorab angegebene Therapieziel realistisch ist, d. h. ob es im Zuge des Aufenthalts auf der AG/R erreicht werden kann. <u>Ja</u> Dann weiter mit Schritt 5 <u>Nein</u> Dann weiter mit Schritt 4 <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	<u>Patientendokumentation:</u> » Dokumentation des interdisziplinären Teamgesprächs
4	<u>Diskussion mit Patientin/Patient/Vertrauens-/Betreuungsperson/externe Partner:</u> Wenn das Therapieziel als unrealistisch eingeschätzt werden muss, wird Kontakt mit jenen Personen, von denen das Vorab-Therapieziel stammt, aufgenommen. Prozessschritt 4 kann auch wiederholt erforderlich sein. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R bzw. bereichszuständiges Teammitglied	<u>Patientendokumentation:</u> » Dokumentation der Gespräche

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
5	<u>Festlegung des Therapieziels für die Patientin / den Patienten:</u> Auf Basis der vorliegenden Informationen inkl. des Assessmentergebnisses wird nun das Therapieziel gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten festgelegt. Dieser Prozessschritt erfolgt im Rahmen der interdisziplinären, mindestens wöchentlich Besprechung mit der Patientin / dem Patienten. Dieser Prozessschritt kann sich mehrmals wiederholen. ☞ Siehe „Assessment“, Schritt 5 fließt ein <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	<u>Patientendokumentation:</u> » Interdisziplinäre Dokumentation » Wochenweise Adaptierungen, basierend auf dem Fortschritt, den die Patientin / der Patient macht (Dokumentation) » Teamvisite » Zielvereinbarung dokumentieren <u>Dokumentation Aufnahme-Assessment</u>
6	<u>Festlegung der Teilziele und Maßnahmenplanung</u> Nun werden Teilziele festgelegt, es erfolgt die Maßnahmenplanung. Dieser Prozessschritt erfolgt im Rahmen der interdisziplinären, mindestens wöchentlich Besprechung mit der Patientin / dem Patienten. Dieser Prozessschritt kann sich mehrmals wiederholen. ☞ Im Rahmen der interdisziplinären Besprechung und Evaluierung; siehe „Assessment“, Schritt 6 <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	Das Ergebnis des Aufnahme-Assessments bildet die Basis, um diesen Schritt durchführen zu können. <u>Patientendokumentation:</u> » Interdisziplinäre Dokumentation » Teamvisite <u>Ergebnis Assessment</u>
7	<u>Durchführung der Maßnahmen:</u> Die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen werden entsprechend der Planung durchgeführt. <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	<u>Patientendokumentation:</u> » Interdisziplinäre Dokumentation

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
8	<u>Ziel/Teilziel erreicht?</u> Es wird mindestens 1x wöchentlich überprüft, ob das Therapieziel / ob Teilziele erreicht wurde/n und mit der Patientin / dem Patienten besprochen. <u>Ja</u> Es geht weiter mit Schritt 12. <u>Nein</u> Es geht weiter mit Schritt 9. <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	<u>Patientendokumentation:</u> » Interdisziplinäre Dokumentation » Teamvisite Zielerreichung, z. B. mittels GAS-Skala (Goal Attainment Scaling)
9	<u>Warum nicht?</u> Maßnahmen nicht adäquat, zu kurz oder interkurrente Allgemeinzustand-(AZ-) Verschlechterung Es geht weiter mit Schritt 10. <u>Therapieziel unrealistisch:</u> Es geht weiter mit Schritt 11. <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	<u>Patientendokumentation:</u> Interdisziplinäre Dokumentation <u>Integration AG/R-externer Expertise:</u> z. B. Konsiliardienste
10	<u>Maßnahmen adaptieren bzw. Therapien verlängern:</u> Sollte es sich bei den gesetzten Maßnahmen nicht um die adäquaten Maßnahmen gehandelt haben, werden diese nun adaptiert bzw. Therapien verlängert. Es geht zurück zu Schritt 7. <u>Ggf. Transferierung</u> <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	<u>Parameter, die anzeigen, dass die gesetzten Maßnahmen nicht adäquat waren:</u> » Akute medizinische Verschlechterung des Allgemeinzustands (inklusive Delirium) bzw. Ersterkennung mit entsprechender Änderung der Zeitvorgabe » Aufenthaltsdauer verlängert sich <u>Patientendokumentation:</u> » Interdisziplinäre Dokumentation » Ggf. Transferierungsbericht (geriatrische Weiterbetreuung empfehlen)

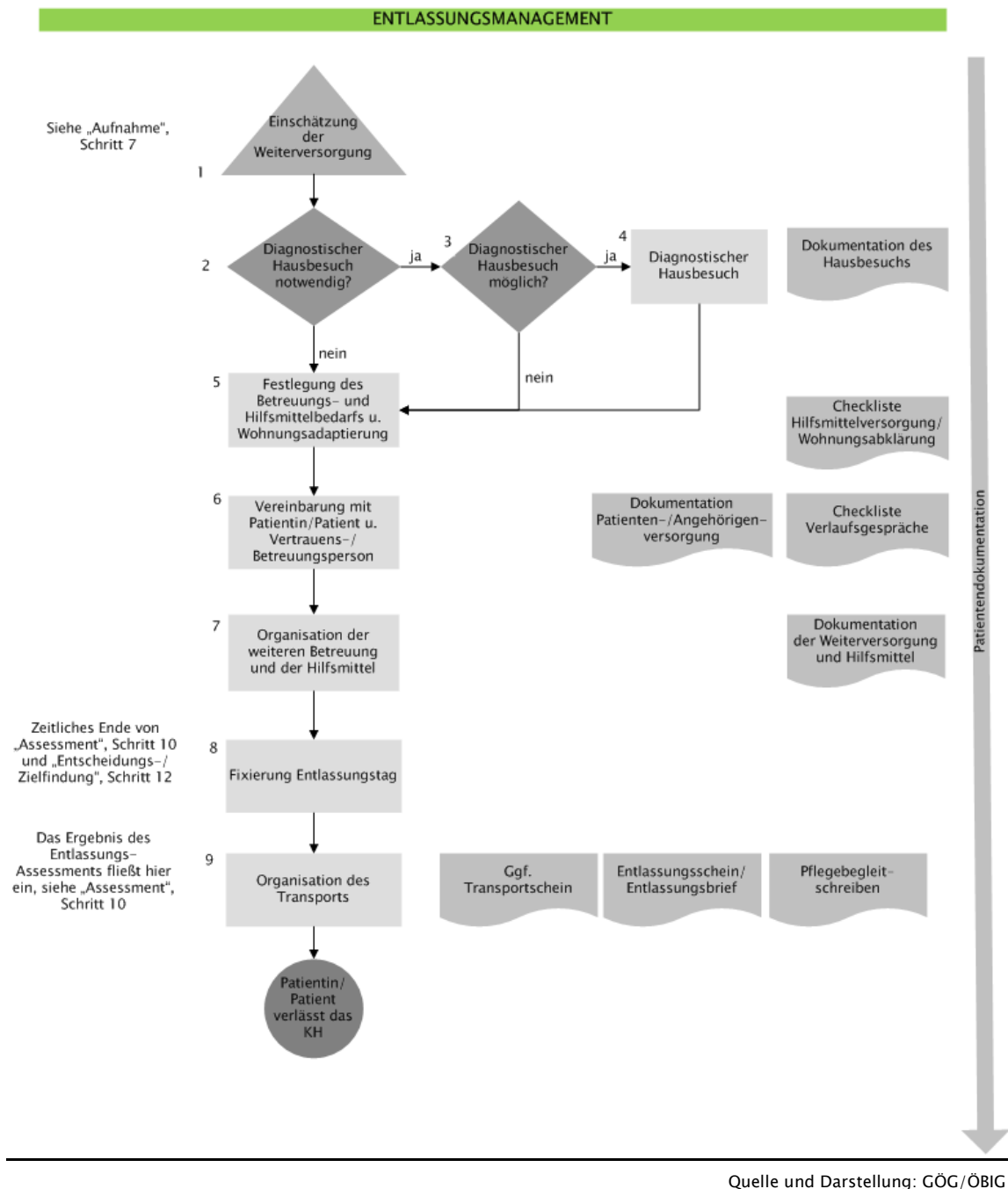
Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
11	<u>Therapieziel korrigieren:</u> Wenn das Therapieziel unrealistisch ist, muss es korrigiert werden, und es geht zurück zu Schritt 4. Dieser Prozessschritt erfolgt im Rahmen der interdisziplinären, mindestens wöchentlichen Besprechung mit der Patientin / dem Patienten. <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	<u>Patientendokumentation:</u> » Interdisziplinäre Dokumentation » Teamvisite
12	<u>Zielerreichung:</u> Bei Erreichen des Therapieziels ist die Zielerreichung zu dokumentieren, der Entlassungstermin wird fixiert, der Prozess endet hier. ☞ Fixierung Entlassungstag fließt ein; siehe „Entlassungsmanagement“, Schritt 8 <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	<u>Patientendokumentation:</u> » Interdisziplinäre Dokumentation » Therapieziel erreicht / nicht erreicht
	Prozessende	

Mögliche Qualitätskriterien und -indikatoren

Kriterium:	Dokumentation des Therapieziels der Patientin / des Patienten
Indikator:	Anzahl jener Patientinnen/Patienten, die das Therapieziel dokumentiert (auch nach Verlängerung der Aufenthaltsdauer) erreicht haben, dividiert durch die Gesamtzahl der in der AG/R aufgenommenen Patientinnen/Patienten

Abbildung 5.7:

Entlassungsmanagement



Entlassungsmanagement

Allgemein: Das Entlassungsmanagement als fixer Teil des Pflegeprozesses beginnt bereits beim Pflegeassessment und wird als standardisierte Maßnahme definiert: sowohl für Patientinnen/Patienten mit multiplem Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausentlassung als auch für Patientinnen/Patienten mit keinem bzw. geringem Versorgungsbedarf im Anschluss an die akutstationäre Behandlung.

AG/R: Der Prozess „Entlassungsmanagement“ beginnt mit der Einschätzung der Weiterversorgung und endet damit, dass die Patientin / der Patient das Krankenhaus mit der für ihn adäquaten Versorgung verlässt.

Erläuterungen zum Prozess

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
1	<u>Einschätzung der Weiterversorgung:</u> Aufgrund des festgelegten Therapieziels schätzt das interdisziplinäre Team in Absprache mit der Patientin / dem Patienten ein, was für die Weiterversorgung nach der Entlassung benötigt wird. Dieser Prozessschritt beginnt spätestens mit dem Vorliegen des Basisassessments (siehe Prozess „Aufnahme“, Schritt 7: Aufnahme-prozedere). ☞ Siehe „Aufnahme“, Schritt 7 <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	<u>Patientendokumentation:</u> » Einschätzung des Weiterversorgungsbedarfs

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
2	<u>Diagnostischer Hausbesuch notwendig?</u> Zur vollständigen Abklärung der Wohnsituation der Patientin / des Patienten und der damit im Zusammenhang stehenden Weiterversorgung kann ein diagnostischer Hausbesuch erforderlich sein. Im Team wird entschieden, ob ein diagnostischer Hausbesuch durchgeführt werden soll. <u>Ja</u> Es geht weiter mit Schritt 3. <u>Nein</u> Es geht weiter mit Schritt 5. <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	<u>Patientendokumentation:</u> » Dokumentation der Entscheidung zum Hausbesuch
3	<u>Diagnostischer Hausbesuch möglich?</u> Abklärung der Möglichkeit eines Hausbesuches – von Seiten der Ärztin / des Arztes der AG/R mit der Patientin / dem Patienten bzw. Vertrauens-/Betreuungsperson. <u>Ja</u> Es geht weiter mit Schritt 4. <u>Nein</u> (z. B.: Patientin/Patient lehnt Hausbesuch ab, Ressourcen stehen im Team für einen Hausbesuch nicht zur Verfügung) Es geht weiter mit Schritt 5. <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R	<u>Patientendokumentation:</u> » Dokumentation der Möglichkeit des Hausbesuchs

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
4	<u>Diagnostischer Hausbesuch</u> Durchführung des diagnostischen Hausbesuches gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten und eventuell der Vertrauens-/Betreuungsperson. Wenn möglich, ist der Termin mit der Hausärztin / dem Hausarzt gemeinsam zu organisieren. Der diagnostische Hausbesuch dient dazu, die Wohnungssituation vor Ort und die Fähigkeiten der Patientin / des Patienten, die Aktivitäten des täglichen Lebens darin allein bzw. mit Unterstützung durchzuführen, zu erheben. Dazu gehört etwa, welche Hilfsmittel in der Wohnung verwendbar sind (z. B. Gehhilfe, Badehilfe), ob es Stolperfallen gibt, welche Adaptierungen der Wohnung erforderlich wären und insbesondere, welche Fertigkeiten der Patientin / dem Patienten noch fehlen und daher gezielt trainiert werden müssen. <u>Durchführung:</u> Pflege, therapeutisches Personal, Sozialarbeit, Entlassungsmanagement	<u>Patientendokumentation:</u> » Dokumentation des Hausbesuchs
5	<u>Festlegung des Betreuungs- und Hilfsmittelbedarfs u. Wohnungsadaptierung</u> Das interdisziplinäre Team legt gegebenenfalls unter Zuhilfenahme eines Erhebungsbogens mit der Patientin / dem Patienten und gegebenenfalls Vertrauens-/Betreuungsperson den Betreuungs- und Hilfsmittelbedarf und etwaige Wohnungsadaptierung fest. <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team	<u>Patientendokumentation:</u> » Dokumentation des Betreuungsbedarfs » Dokumentation des Hilfsmittelbedarfs » Dokumentation der Wohnungsadaptierung <u>Checkliste</u> » Hilfsmittelversorgung/ Wohnungsabklärung (Informationen etwa zu Stufenanzahl/Lift, Handlauf, Türbreiten, Türschwelle/-staffel, Ausstattung des Nassraumes, Beleuchtung, Kochmöglichkeit, Heizmöglichkeit, Notrufstrukturen)

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
6	<u>Vereinbarung mit Patientin/Patienten und Vertrauens-/Betreuungsperson:</u> Mit der Patientin / dem Patienten und Vertrauens-/Betreuungsperson wird der weitere Betreuungs- und Hilfsmittelbedarf und Wohnungsadaptierung besprochen und vereinbart. In diesem Schritt wird abgeklärt, was von der Vertrauens-/Betreuungsperson geleistet werden bzw. wo und von wem die Betreuung stattfinden kann. Bei nicht ausreichenden Ressourcen in der weiteren Betreuungssituation wählen Patientin/ Patient und Vertrauens-/Betreuungsperson nach qualifizierter Beratung die weitere externe Betreuung aus (z. B. mobile Dienste, 24-Stunden-Betreuung, Alten- und Pflegeheim). <u>Durchführung:</u> multidisziplinäres Team, Entlassungsmanagement	<u>Patientendokumentation:</u> » Dokumentation Patienten-/ Angehörigenversorgung <u>Checkliste Verlaufsgespräche</u>
7	<u>Organisation der weiteren Betreuung und der Hilfsmittel:</u> Pflege/MTD/Sozialarbeit/Entlassungsmanagement/Psychologin/Psychologe/Ärztin/Arzt organisieren die weitere externe Betreuung und Hilfsmittel (Verordnungsschein). Sofern eine Betreuung schon vor dem Krankenhausaufenthalt bestanden hat, sind die betreuenden Organisationen/Personen zu informieren, z. B. Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin in der Rolle von Hausärztin/Hausarzt, mobile Dienste, bereits betreuende Einrichtungen (z. B. Tageszentrum, Pflegeplatz). Angehörigenschulungen wie Transferschulung und dergleichen bei vorhandenen Ressourcen sinnvoll. <u>Durchführung:</u> Pflege, MTD, Sozialarbeit, Entlassungsmanagement, Psychologin/ Psychologe, Ärztin/Arzt	<u>Patientendokumentation:</u> » Dokumentation der Weiterversorgung und Hilfsmittel » Verordnungsschein Hilfsmittel » Bewilligte Rezepte <u>Folgende Anträge können gestellt werden, z. B.:</u> » Pflegegeld » Rehabilitation » Kurzzeitpflege/Urlaubspflege » Alternative Wohnformen, z. B. Pensionistenwohnung, betreute Wohngemeinschaft » Alten- und Pflegeheim » Sachwalterschaft

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
8	<u>Fixierung Entlassungstag</u> In Absprache mit der Patientin / dem Patienten, Vertrauens-/Betreuungsperson und eventuell betreuender Einrichtung, mobilen Diensten und dem Entlassungsmanagement wird durch die bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. durch den bettenführenden/diensthabenden Arzt in der AG/R der Entlassungstag fixiert. ☞ Das Ergebnis des Entlassungs-Assessments fließt hier ein, siehe „Assessment“, Schritt 10 ☞ Zeitliches Ende von „Assessment“, Schritt 10 und „Entscheidungs-/ Zielfindung“, Schritt 12 <u>Durchführung:</u> bettenführende/diensthabende Ärztin bzw. bettenführender/diensthabender Arzt in der AG/R in Absprache mit multidisziplinärem Team	<u>Patientendokumentation:</u> » Dokumentation des Entlassungstags » Information an Patientin/ Patienten und bei Bedarf Vertrauens-/Betreuungsperson
9	<u>Organisation des Transports:</u> Abklären des Transports der Patientin/Patienten und im Bedarfsfall Organisation des Transports, z. B. nach Hause. <u>Durchführung:</u> Pflegeperson/Stationssekretariat	<u>Patientendokumentation:</u> » Dokumentation des gewählten Transports <u>Formulare/Dokumente:</u> » Transportschein » Entlassungsschein/ Entlassungsbrief (gemäß KAKuG; in der Praxis oft andere Bezeichnungen gebräuchlich, wie z. B. kurzer Arztbrief (= Entlassungsschein), Patientenbrief (Entlassungsbrief). » Pflegebegleitschreiben (inkl. Wunddokumentation) » Kontrolltermine

Nr.	Prozessschritte	Informations-/Klärungsbedarf (Mindestanforderungen)
	<u>Patientin/Patient verlässt das KH:</u> Der Prozess Entlassungsmanagement endet mit dem Verlassen des Krankenhauses.	Wünschenswert wäre eine Evaluierung (eventuell telefonisch) der gesetzten Maßnahmen zur Entlassung ca. zwei bis vier Wochen nach Spitalsaufenthalt.
Kriterium:	Entlassungsbrief inkl. Pflegebegleitschreiben bei der Entlassung	
Indikator:	Anzahl an Patientinnen/Patienten, die bei der Entlassung den Entlassungsbrief (langer Arztbrief) erhalten, dividiert durch Gesamtzahl der Patientinnen/Patienten	

Literatur

- AKH Linz et al. 2010: Weißbuch Dokumentation der oberösterreichischen Fondskrankenanstalten. http://www.aekoee.or.at/cms/uploads/media/Weißbuch_Dokumentation.pdf (25. 11. 2012)
- BGBl I 2004/179: Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – QQG) (Gesundheitsreformgesetz 2005)
- BGBl II 2006/286: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin / zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 – ÄAO 2006)
- BGBl II 2011/259: Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, mit der die Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 (ÄAO 2006) geändert wird (2. Novelle der ÄAO 2006)
- BMG (Hg.) 2012: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012. Bundesministerium für Gesundheit. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH. Wien
- BMG 2011: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – LKF-Modell 2012. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Bruder, J.; Lucke, C.; Schramm, A.; Tews, H. P.; Werner, H. (1991): Was ist Geriatrie? Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie zur Erarbeitung von Strukturstandards Geriatrischer und Gerontopsychiatrischer Einrichtungen. Rügheim (Nachdruck 1992)
- Colemann, E. A. (2003): Improving the quality of transitional care for Persons with complex care needs. In: Journal of the American Geriatrics Society 51 (4), 556 f.
- Deming, W. E. (1986): Out of the Crisis. Massachusetts Institute of Technology. Massachusetts
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V.: Was ist Geriatrie? www.dggeriatrie.de. (25. 11. 2012)
- DKI/WIdO (1987): Deutsches Krankenhausinstitut und Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkasse: Adäquate Versorgung von Alters- und Langzeitkranken. Bonn/Düsseldorf
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly 3, Part 2, 166–206
- Donabedian, A. (1980): The Definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in the quality assessment and monitoring. Michigan

- Donabedian, A. (1992): The role of outcomes in quality assessment and assurance.
In: Quality review bulletin 18, 356–360
- Ellis, G.; Whitehead, M. A.; O'Neill, D.; Langhorne, P.; Robinson, D. (2011): Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review). In: Cochrane Database of Systematic Reviews 7
- GÖG/ÖBIG 2008: Akutgeriatrie/Remobilisation in österreichischen Krankenanstalten.
Überarbeitete Fassung auf Basis des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) 2006.
Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Kaminske, G. F.; Brauer, J.-P. (1995): Qualitätsmanagement von A bis Z. München, Wien
- Kaminske, G. F.; Brauer, J.-P. (2008): Qualitätsmanagement von A – Z. 6. Auflage, München
- ÖGGG 2011: Österreichisches Geriatisches Basisassessment. Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie. 2. Auflage, Wien
- ÖGGG 2013: Polypharmazie. Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie.
2. Auflage, Wien

Anhang

- Anhang 1: Entwicklungsschritte zum Prozesshandbuch
- Anhang 2: An der Entwicklung beteiligte Akutgeriatrien
- Anhang 3: Standortliste (Stand: Dezember 2012)
- Anhang 4: Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2012:
Qualitätskriterien AG/R
- Anhang 5: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung /
LKF – Modell 2013: Personalausstattung AG/R
- Anhang 6: Additivfach Geriatrie: Ausbildungsverordnung
- Anhang 7: Gesundheitsqualitätsgesetz

Entwicklungsschritte zum Prozesshandbuch

Entwicklungsschritte zum Prozesshandbuch

Jahr	Inhalt
2009	Vorarbeiten zum Projekt » Treffen mit QiGG » Teilnahme Vorstandssitzung QiGG » Nominierungsprozess zur Steuerungsgruppe, » Steuerungsgruppensitzung (1. 12. 2009)
2010	Vorarbeiten zu den Prozessen (Ist-Prozesse, Soll-Prozesse) » Einladung zur Projektteilnahme » Auftaktveranstaltung (22. 6. 2010) » Auswahl und Darstellung der Ist-Prozesse » Erster Workshop mit teilnehmenden Einrichtungen (14. 10. 2010) » 2 Sitzungen mit der Steuerungsgruppe (2. 2. 2010, 14. 4. 2010)
2011	Erarbeitung von Musterprozessen » Zweiter Workshop mit teilnehmenden Einrichtungen (3. 3. 2011) » 3 Sitzungen mit Kleingruppen der Steuerungsgruppe (7. 6. 2011, 24. 8. 2011, 31. 8. 2011) » 2 Sitzungen mit der Steuerungsgruppe (27. 1. 2011, 12. 10. 2011)
2012	Erstellung des Prozesshandbuchs » Fortsetzung der Arbeiten an den Musterprozessen » Diskussion und Festlegung von Kriterien und Indikatoren für alle Prozesse » 4 Sitzungen mit der Steuerungsgruppe (16. 4. , 10. 9., 25. 9., 5. 11. 2012) » Dritter Workshop mit teilnehmenden Einrichtungen (15. 10. 2012) » 1 Sitzung mit dem Redaktionsteam zur Reflexion, Aktualisierung und Erarbeitung weiterer Inhalte für das Prozesshandbuch (26. 11. 2012) » 1. Fassung Prozesshandbuch
2013	Publikation des Prozesshandbuchs » Vorstellung des Prozesshandbuchs in der UAG ÖSG (25. 1. 2013) » Fachliche Inputs durch die Steuerungsgruppe » Aussendung des Prozesshandbuchs an UAG ÖSG und UAG Qualität zur Stellungnahme (April 2013) » Einarbeitung der Stellungnahmen und endredaktionelle Überarbeitung » 2 Sitzungen mit der Steuerungsgruppe (4. 2., 17. 6. 2013) » Präsentationsveranstaltung (16. 10. 2013)

ÖSG = Österreichischer Strukturplan Gesundheit, QiGG = Verein Qualität in der Geriatrie und Gerontologie,
 UAG = Unterarbeitsgruppe

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

An der Entwicklung beteiligte Akutgeriatrien

Teilnehmende Einrichtungen

Bundesland	Krankenanstalt
Kärnten	A. ö. Krankenhaus der Elisabethinen GmbH / Department für Akutgeriatrie und Remobilisation
	A. ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach / Interne Abteilung mit Akutgeriatrie/Remobilisation
	Ö. Krankenhaus Waiern/Feldkirchen / Akutgeriatrie/Remobilisation (Interne)
	A. ö. Landeskrankenhaus Wolfsberg / Akutgeriatrie/Remobilisation (Interne)
Oberösterreich	Krankenhaus der Elisabethinen Linz / Department für Akutgeriatrie
	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried / Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation
	Konventhospital der Barmherzigen Brüder Linz / Akutgeriatrie
	Krankenhaus Sierning, Kreuzschwestern Sierning GmbH / Akutgeriatrie und Remobilisation
	Klinikum Wels-Grießkirchen / Akutgeriatrie und Remobilisation
	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz / Neurorehabilitation und Akutgeriatrie
	Zentrum für Akutgeriatrie und Innere Medizin Buchberg LKH Gmunden / Akutgeriatrie
	A. ö. Landeskrankenhaus Bad Ischl / Department für Akutgeriatrie
Salzburg	A. ö. Krankenhaus Tamsweg des Landes Salzburg / Akutgeriatrie/Remobilisation (Interne)
	Christian-Doppler-Klinik, Landesnervenklinik Salzburg / Universitätsklinik für Geriatrie
Steiermark	KA-Verbund Landeskrankenhaus Rottenmann - Bad Aussee, Standort Rottenmann / Department für Akutgeriatrie
	KA-Verbund LKH Mürzzuschlag-Mariazell, Standort Mürzzuschlag / Akutgeriatrie/Remobilisation
	Albert-Schweitzer-Klinik / Akutgeriatrie/Remobilisation
	Landeskrankenhaus Voitsberg / AG/REM-Station
	Landeskrankenhaus Fürstenfeld / Akutgeriatrie und Remobilisationsstation
	Landeskrankenhaus Hörgas Enzenbach / Akutgeriatrie/Remobilisation
Tirol	A. ö. Bezirkskrankenhaus Lienz / Akutgeriatrie / Remobilisation (Interne)
	Ö. Landeskrankenhaus Hochzirl / Akutgeriatrie
Wien	Hartmannspital / Akutgeriatrie/Remobilisation
	Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien / Abteilung für Akutgeriatrie/Remobilisation
	Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien / Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation
	Wilhelminenspital der Stadt Wien / Abteilung mit Endokrinologie, Rheumatologie und Akutgeriatrie
	Herz Jesu Krankenhaus / Department für Akutgeriatrie/Remobilisation
	Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, / Abteilung für Akutgeriatrie

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Standortliste (Stand: Dezember 2012)

Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG



Eine **akute Erkrankung** kann bei älteren Menschen **zum Verlust der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung** und **zu Pflegebedürftigkeit** führen. Um diese Risiken so weit wie möglich zu vermeiden und älteren Menschen eine ihren Bedürfnissen angepasste Behandlung im Krankenhaus anzubieten, wurde der Leistungsbereich der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) entwickelt. Die AG/R zielt ab auf die **Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung**, auf die **Vorbeugung weiterer Funktionsverluste**, auf die **Erhöhung der Lebensqualität** und auf die **Reintegration** in das eigene Umfeld.

Für **Aufnahmen** in die Akutgeriatrie/Remobilisation wenden Sie sich bitte an eine der bestehenden Akutgeriatrien (siehe nachfolgende nach Bundesländern sortierte Liste):

Standorte bestehender Akutgeriatrien (per 31. 12. 2012)¹

Kärnten	Krankenanstalt	Telefon, Homepage
	Ö. Krankenhaus Waiern/Feldkirchen Akutgeriatrie/Remobilisation (Interne) Martin-Luther-Straße 14, 9560 Feldkirchen	☎ 04276 2201 – 300 http://www.diakonie-delatour.at
	A. ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach Interne Abteilung mit Akutgeriatrie/Remobilisation St. Veiter Straße 12, 9360 Friesach	☎ 04268/2691–2300 http://www.krankenhaus-friesach.at
	A. ö. Landeskrankenhaus Klagenfurt Akutgeriatrie/Remobilisation Feschnigstraße 11, 9020 Klagenfurt,	☎ 04352 533–76801 http://www.lkh-klu.at
	A. ö. Krankenhaus der Elisabethinen GmbH Department für Akutgeriatrie und Remobilisation Völkermarkter Straße 15–19, 9020 Klagenfurt	☎ 0463 5830 663 http://www.ekh.at
	A. ö. Landeskrankenhaus Laas Akutgeriatrie/Remobilisation (Interne) Laas 39, 9640 Kötschach	☎ 04715 7701 73270 http://www.lkh-laas.at
	Krankenhaus Spittal/Drau Departement für Akutgeriatrie/Remobilisation Billrothstraße 1, 9800 Spittal an der Drau	☎ 04762/622–0 http://www.khspittal.com
	A. ö. Landeskrankenhaus Villach Medizinisch-Geriatriische Abteilung Nikolaigasse 43, 9500 Villach	☎ 04242/208–2287 http://www.lkh-vil.or.at
	A. ö. Landeskrankenhaus Wolfsberg Akutgeriatrie/Remobilisation (Interne) Paul Hackhofer Straße 9, 9400 Wolfsberg	☎ 04352–533–76801 http://www.lkh-wo.at

Fortsetzung nächste Seite

Krankenanstalt		Telefon, Homepage
Oberösterreich	A. ö. Landeskrankenhaus Bad Ischl Department für Akutgeriatrie Dr. Mayer-Straße 8–10, 4820 Bad Ischl	☎ 050 554/72–23550 http://www.lkh-badischl.at
	A. ö. KH St. Josef Braunau Station für Akutgeriatrie/Remobilisation Ringstraße 60, 5280 Braunau am Inn	☎ 07722– 804–5330 http://www.khbr.at
	LKH Gmunden Abteilung für Akutgeriatrie Miller-von Aichholz-Straße 49, 4810 Gmunden	☎ 05 055473–0 http://www.lkh-gmunden.at
	Klinikum Wels–Grieskirchen Akutgeriatrie und Remobilisation Wagnleithnerstr. 27, 4710 Grieskirchen	☎ 07248/601–2000 http://www.klinikum-wegr.at
	A. ö. Krankenhaus der Stadt Linz Abteilung für Akutgeriatrie Krankenhausstr. 9, 4020 Linz	☎ 0732/7806–0 http://www.akh.linz.at
	Krankenhaus der Elisabethinen Linz Department für Akutgeriatrie Fadingerstraße 1, 4020 Linz	☎ 0732 / 7676 3030 http://www.elisabethinen.or.at
	Konventhospital der Barmherzigen Brüder Linz Akutgeriatrie Seilerstätte 2, 4010 Linz	☎ 0732/7897 – 25320 http://www.bblinz.at
	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz Neurorehabilitation und Akutgeriatrie Seilerstätte 4, 4010 Linz	☎ 0732 7677 0 http://www.bhs-linz.at
	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation Schlossberg 1, 4910 Ried im Innkreis	☎ 07752/602–1360 http://www.bhs-ried.at
	LKH Schärding Akutgeriatrie und Remobilisation A.-Kubin-Straße 2, 4780 Schärding	☎ 05 055 478–0 http://www.lkh-schaerding.at
Salzburg	Krankenhaus Sierning, Kreuzschwestern Sierning GmbH Akutgeriatrie und Remobilisation Neustraße 14, 4522 Sierning	☎ 07259/2142–0 http://www.khs.kreuzschwestern.at
	A. ö. Krankenhaus Mittersill Akutgeriatrie/Remobilisation Felberstraße 1, 5730 Mittersill	☎ 0043 6562 4536 406 http://www.krankenhaus-mittersill.at
	A. ö. Krankenhaus Oberndorf Akutgeriatrie/Remobilisation Paracelsusstraße 37, 5110 Oberndorf	☎ 06272/4334–239 http://www.krankenhaus-oberndorf.at
	Christian–Doppler–Klinik, Landesnervenklinik Salzburg Universitätsklinik für Geriatrie Ignaz–Harrer–Str. 79, 5020 Salzburg	☎ 0662 4483–4101 http://www.christian-doppler-klinik.at
Steiermark	A. ö. Krankenhaus Tamsweg des Landes Salzburg Akutgeriatrie/Remobilisation (Interne) Bahnhofstraße 7, 5580 Tamsweg	☎ 06474/7381–172 http://www.kh-tamsweg.at
	Landeskrankenhaus Fürstenfeld Akutgeriatrie und Remobilisationsstation Krankenhausgasse 1, 8280 Fürstenfeld	☎ 03382 506 – 2201 http://www.lkh-fuerstenfeld.at
	Landeskrankenhaus Hörgas–Enzenbach Akutgeriatrie/Remobilisation Hörgas 68 und 30, 8112 Gratwein	☎ 03124 / 501 2551 http://www.lkh-hoergas.at

Krankenanstalt		Telefon, Homepage
Steiermark	Albert-Schweitzer-Klinik Akutgeriatrie/Remobilisation Albert-Schweitzer-Gasse 36, 8020 Graz	☎ 0316/7060-1110/-1111 www.ggz.graz.at
	KA-Verbund LKH Mürzzuschlag-Mariazell, Standort Mürzzuschlag Akutgeriatrie/Remobilisation Grazer Straße 63-65, 8680 Mürzzuschlag	☎ 03852/2080-0 http://www.lkh-muerzzuschlag.at
	KA-Verbund Landeskrankenhaus Rottenmann – Bad Aussee, Standort Rottenmann Department für Akutgeriatrie St. Georgen 2-4, 8786 Rottenmann	☎ 03614/2431-0 http://www.lkh-rottenmann.at
	Landeskrankenhaus Voitsberg AG/REM-Station Conrad-von-Hötzendorf-Straße 31, 8570 Voitsberg	☎ 03142/201-2296 http://www.lkh-voitsberg.at
	Marienkrankenhaus Vorau Department für AG/R Spitalstraße 101, 8250 Vorau	☎ 03337/2254-0 http://www.marienkrankenhaus.at
Tirol	A. ö. Bezirkskrankenhaus Lienz Akutgeriatrie/Remobilisation (Interne) Emanuel-von-Hibler-Straße 5, 9900 Lienz	☎ 04852/606-641 http://www.kh-lienz.at
	Bezirkskrankenhaus Schwaz Akutgeriatrie/Remobilisation Swarovskistraße 1-3, 6130 Schwaz in Tirol	☎ 05242/600-2410 http://www.kh-schwaz.at
	ö. Landeskrankenhaus Hochzirl Akutgeriatrie Anna-Dengel-Haus, 6170 Zirl	☎ 05238/501-5001 http://www.tilak.at
Wien	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Medizinische Abteilung Johannes von Gott Platz 1, 1020 Wien	☎ 01/211 21-0 http://www.barmherzige-brueder.at
	Herz Jesu Krankenhaus Department für Akutgeriatrie/Remobilisation Baumgasse 20a, 1030 Wien	☎ 01 712 26 84 – 258 http://www.kh-herzjesu.at
	Hartmannspital Akutgeriatrie/Remobilisation Nikolsdorfergasse 26-36, 1050 Wien	☎ 01/546 05-0 http://www.hartmannspital.at
	Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien Abteilung für Akutgeriatrie/Remobilisation Apollogasse 19, 1070 Wien	☎ 01/52 103-1001 http://www.wienkav.at/kav/sop/
	Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation Apollogasse 19, 1070 Wien	☎ 01/52 103-1001 http://www.wienkav.at/kav/sop/
	Sozialmedizinisches Zentrum Süd Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital Department für AG/R Kundratstraße 3, 1100 Wien	☎ 01/60191-0 http://www.wienkav.at/kav/kfj/
	Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel Abteilung für Akutgeriatrie Wolkersbergenstraße 1, 1130 Wien	☎ 01/ 80 110 – 3331 http://www.wienkav.at/kav/khr/
	Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe Otto-Wagner-Spital mit Pflegezentrum Abteilung Akutgeriatrie/Remobilisation (Pav. 13/4) Baumgartner Höhe 1, 1145 Wien	☎ 01/910 60-0 http://www.wienkav.at/kav/ows

Fortsetzung Tabelle – Seite 4 von 4

Krankenanstalt		Telefon, Homepage
Wien	Krankenhaus Göttlicher Heiland Department für Akutgeriatrie/Remobilisation Dornbacher Str. 20-28, 1170 Wien	☎ 01/400 88-0 http://www.khgh.at
	Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf der Stadt Wien Interne Abteilung mit Herzüberwachungsstation und Akutgeriatrie/Remobilisation – 5. Med. Station – AG/R Hinaysgasse 1, 1210 Wien	☎ 01/275 22-0 http://www.wienkav.at/kav/flo
	Sozialmedizinisches Zentrum Ost Donauspital der Stadt Wien Medizinische Abteilung Langobardenstraße 122, 1220 Wien	☎ 01/ 288 02 http://www.wienkav.at/kav/dsp
	Wilhelminenspital der Stadt Wien Abteilung mit Endokrinologie, Rheumatologie und Akutgeriatrie Montleartstraße 37, 1160 Wien	☎ 01 491 50-2510 http://www.wienkav.at/kav/wil/

¹Die Liste wird laufend aktualisiert. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Ansprechpersonen für allgemeine Fragen

Für **allgemeine Informationen** zur Akutgeriatrie/Remobilisation steht Ihnen gerne das Team der GÖG/ÖBIG per E-Mail, telefonisch oder schriftlich zur Verfügung:

Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG

Stubenring 6, 1010 Wien

Tel.: 01/515 61-0, Fax.: 01/513 84 72

Mag. Elisabeth Pochobradsky, DW 167, E-Mail: elisabeth.pochobradsky@goeg.at

Mag. Claudia Nemeth, DW 162, E-Mail: claudia.nemeth@goeg.at

ÖSG 2012: Qualitätskriterien AG/R

Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)

Definitionen, Zielgruppen	<i>Definition</i> Fächerübergreifende Primärversorgung direkt aufgenommener geriatrischer Patientinnen und Patienten sowie Weiterführung der Behandlung akutkranker geriatrischer Patientinnen und Patienten aus anderen Abteilungen (Fachbereichen) durch geriatrisch qualifiziertes, interdisziplinäres Team und durch multidimensionales Behandlungs- und Betreuungsangebot (unter Beachtung medizinischer, funktioneller, psychischer, kognitiver und sozialer Aspekte der Erkrankungen geriatrischer Patientinnen und Patienten) <i>Ziele</i> Behandlung der akuten Erkrankung, Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur weitgehend selbstständigen Lebensführung, Vermeidung weiterer Funktionsverluste, Erhöhung der Lebensqualität und Reintegration der Patientin bzw. des Patienten in das gewohnte Umfeld; bei intendierter Rehabilitation im Anschluss an die AG/R-Versorgung Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit <i>Zielgruppen</i> Geriatrische Patientinnen und Patienten mit folgenden Kriterien: • Somatische oder psychische Multimorbidität, die stationäre Akutbehandlung erforderlich macht • Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit durch Verlust funktioneller und ggf. kognitiver Fähigkeiten oder durch psychische Probleme im Rahmen einer Erkrankung • Bedarf nach funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen
Versorgungsstrukturen	<i>Bettenführende Einheiten</i> Abteilung oder Department im Rahmen der Fächer Innere Medizin oder Neurologie (Einrichtung durch Umwidmung von Akutbetten dieser oder anderer Fachrichtungen); Leitung von AG/R-Einheiten vorrangig durch Fachärztinnen/ Fachärzte für Innere Medizin oder für Neurologie mit Additivfach Geriatrie <i>Größe</i> Grundsätzlich mindestens 24 Betten (Abteilung) bzw. 15-24 Betten (Department), in Abhängigkeit von den regionalen Bedingungen (im städtischen Raum größere Einheiten, im ländlichen Raum zur Wahrung der Wohnortnähe kleinere Einheiten)
Planung	AG/R-Einheiten <i>Methoden der Bettenbedarfsschätzung</i> Ermittlung des AG/R-Bettenbedarfs unter Berücksichtigung des derzeit beobachteten Anteils an stationären Patientinnen und Patienten im Alter ≥ 65 Jahre sowie von deren derzeitiger Belagsdauer (ab 24 Tage), weiters basierend auf Annahmen in Bezug auf Rehabilitationsquote (60 %) und durchschnittliche Belagsdauer in der AG/R (28 Tage) sowie auf eine Soll-Auslastung von 90 % <i>Bettenbedarf</i> Bis 2020 Anstieg dieses Bedarfs auf bis zu rund 4.000 Betten; zum daraus abgeleiteten Bettenmessziffern-Intervall zur AG/R im Jahr 2020 vgl. Tabelle mit Planungsrichtwerten in Kap. 2.2.2 <i>Planungsziele bis 2020</i> Herstellung eines Bettenangebots entsprechend Tabelle „Planungsrichtwerte“ in Kap. 2.2.2 an etwa 60 Standorten; Berücksichtigung der bisher gesammelten Erfahrungen mit der Realisierung der AG/R-Strukturen in der weiteren Planung der AG/R im Zeitraum ab 2013

Personalausstattung und -qualifikation	<i>Personalausstattung</i> • Ärztinnen/Ärzte (Tagdienst) • Gesundheits- und Krankenpflegepersonen • Therapeutinnen/Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, weitere nach Bedarf) • Sozialarbeiter/-in • Klin. Psychologinnen/-logen, wenn möglich mit Psychotherapieausbildung Departments: Personalausstattung im Verbund mit der Abteilung, der die AG/R-Einheit zugeordnet ist <i>Qualifikation</i> Ärztliches Personal • Leitung vorrangig durch Fachärztinnen/Fachärzte-für Innere Medizin oder für Neurologie mit – Additivfach Geriatrie oder – vergleichbarem ausländischem Qualifikationsnachweis. • Bei Abteilung: Zumindest eine zweite Ärztin / ein zweiter Arzt muss über die Qualifikation der Leitung verfügen. Pflegepersonal • Leitendes Pflegepersonal: – absolvierte Weiterbildung in der Pflege von alten Menschen und chronisch Kranken oder vergleichbare Ausbildung und – absolvierte Weiterbildung in reaktivierender Pflege und – Praxis in einer AG/R oder in einer anderen geriatrischen Einrichtung. Übriges Pflegepersonal: – Zumindest eine einschlägige Weiterbildung (reaktivierende Pflege, Kinästhetik, Validation, basale Stimulation oder andere) ist erfüllt oder innerhalb von 3 Jahren zu erwerben.
Infrastruktur	<i>Technik</i> • EKG, Langzeit-EKG und EKG-Monitoring an der Abteilung verfügbar • Notfallausrüstung für Reanimation (inkl. Defibrillator); Pulsoximetrie auf der AG/R verfügbar • Langzeit-Blutdruckmessung an der Abteilung verfügbar • Sonographie und Echokardiographie • Sauerstoff-Versorgung, Infusomaten und Perfusoren auf der AG/R verfügbar • Zugriff rund um die Uhr auf Standardlaborleistungen, bildgebende Diagnostik, endoskopische Diagnostik <i>Räume</i> • behindertenfreundliche Gestaltung • Ergotherapieaum und Physiotherapieaum, multifunktionell nutzbar • Räume für soziale Aktivitäten (Aufenthaltsraum, Speiseraum), multifunktionell nutzbar • Untersuchungsraum, geeignet für die Durchführung des geriatrischen Assessments • Behandlungsräume • Übungsbad, sofern das Stationsbad nicht für Trainingszwecke verwendbar ist • Übungsküche, sofern diese nicht einfach erreichbar ist • Verfügbarkeit von Niederflurbetten und Sensormatten • bei Neu- und Umbauten: ausgewogenes Verhältnis von Ein-, Zwei- und Vierbettzimmern, jeweils mit Nasszelle
Leistungsangebote	• Begutachtung der von anderen Abteilungen oder Krankenanstalten zugewiesenen Patientinnen/Patienten vor Aufnahme • Geriatrische Akutdiagnostik und nach Prioritäten geordnete medizinische Behandlung • Geriatrisches Assessment • Wöchentliche Evaluierung von Therapieerfolgen und Behandlungsplanung • Funktionsverbessernde, funktionserhaltende und reintegrierende therapeutische Maßnahmen • Reaktivierende Pflege • Psychologische/psychotherapeutische Betreuung • Sozialarbeiterische Betreuung • Diätologische Betreuung • Angehörigenarbeit • Entlassungsmanagement¹ (bei Bedarf mit diagnostischem Hausbesuch) • Geriatrisches Entlassungsassessment • Interdisziplinär geführte Dokumentation • Tagesklinische Behandlung • Konsiliartätigkeit (optional auch KA-extern) • Geriatrische Spezialambulanz • nach Möglichkeit: Überleitungspflege (kurzfristige pflegerische Weiterbetreuung zu Hause) Für die Beschreibung der Leistungen vgl. GÖG/ÖBIG 2008: Akutgeriatrie/Remobilisation in österreichischen Krankenanstalten. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien

Sonstiges	• Einrichtung einer eigenen-Kostenstelle mit speziellem Funktionscode (Differenzierung zwischen AG/R und RNS)
-----------	---

¹ vgl.

http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Bundesqualitaetsleitlinien/Bundesqualitaetsleitlinie_zum_Aufnahme_und_Entlassungsmanagement_BQLL_AUFEM

LKF 2013: Personalausstattung AG/R

3.4. Festlegung von Einheiten der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)

Die Akutgeriatrie/Remobilisation kann als Abteilung oder als Department im Rahmen der Fächer Innere Medizin oder Neurologie eingerichtet werden.

Akutgeriatrie/Remobilisation umfasst sowohl die fächerübergreifende Primärvorsorgung direkt aufgenommener geriatrischer Patienten/Patientinnen als auch die Weiterführung der Behandlung akutkranker Patienten/Patientinnen aus anderen Abteilungen. Sie erfolgt durch ein geriatrisch qualifiziertes, interdisziplinäres Team und durch ein multidimensionales Behandlungs- und Betreuungsangebot, das medizinische, funktionelle, psychische, kognitive und soziale Aspekte der Erkrankungen geriatrischer Patienten/Patientinnen gleichermaßen beachtet. Ziele der Akutgeriatrie/Remobilisation sind die Behandlung der akuten Erkrankung, die Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur weitgehend selbständigen Lebensführung, die Vermeidung weiterer Funktionsverluste, die Erhöhung der Lebensqualität und die Reintegration des Patienten/der Patientin in das gewohnte Umfeld.

Zielgruppe der Akutgeriatrie/Remobilisation sind geriatrische Patienten/Patientinnen, bei denen folgende Kriterien vorliegen:

- Somatische oder psychische Multimorbidität, die eine stationäre Akutbehandlung erforderlich macht
- Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit durch den Verlust funktioneller und gegebenenfalls kognitiver Fähigkeiten oder durch psychische Probleme im Rahmen einer Erkrankung
- Bedarf nach funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen

Die in diesem Bereich zu erbringende Leistung entspricht somit jener einer Behandlung eines Patienten/einer Patientin im Akutkrankenhaus auf einer Abteilung für konservative Medizin, vornehmlich aber einer Internen oder Neurologischen Abteilung sowie den bestehenden Einheiten für medizinische Geriatrie.

3.4.1. Festlegung von Einheiten zur vollstationären Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)

Einheiten der Akutgeriatrie/Remobilisation können unter folgenden Voraussetzungen wie folgt abgerechnet werden:

Voraussetzungen

- ⇒ Erfüllung der Qualitätskriterien lt. ÖSG
- ⇒ Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF
- ⇒ Führung einer eigenen Kostenstelle (mit den speziellen Funktionscodes 131136xx oder 136336xx)
- ⇒ Erfüllung der folgenden Vorgaben zur Personalausstattung (VZÄ je tatsächlich aufgestelltes Bett [TBett]):

- Ärztinnen/Ärzte (Tagdienst) 0,11 je TBett (1 VZÄ je 9 TBetten)
- Gesundheits- und Kranken
pflegepersonen 0,67 je TBett (1 VZÄ je 1,5 TBetten)
- Therapeutinnen/Therapeuten
(Physiotherapie, Ergotherapie,
weitere nach Bedarf) 0,12 je TBett (1 VZÄ je 8,4 TBetten)
- Sozialarbeiterinnen/-arbeiter 0,02 je TBett (1 VZÄ je 50 TBetten)
- Klin. Psychologinnen/Psychologen
mit Psychotherapieausbildung
bzw. Psychotherapeutinnen/
-therapeuten 0,01 je TBett (1 VZÄ je 100 TBetten)

Abrechnungsmodus

Die Abrechnung der Leistungen von Einheiten für Akutgeriatrie/Remobilisation erfolgt über einen pauschalen Tagessatz im Ausmaß von 282 Punkten.

Additivfach Geriatrie: Ausbildungsverordnung

BUNDESGESETZBLATT

FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 2011

Ausgegeben am 12. August 2011

Teil II

259. Verordnung: Änderung der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 (ÄAO 2006)
(2. Novelle der ÄAO 2006)

259. Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, mit der die Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 (ÄAO 2006) geändert wird (2. Novelle der ÄAO 2006)

Auf Grund der §§ 9 Abs. 7 und 24 des Ärztegesetzes 1998, BGBl. I Nr. 169, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 61/2010, wird nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer verordnet:

Die Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 (ÄAO 2006), BGBl. II Nr. 286, zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 167/2010, wird wie folgt geändert:

1. Im Inhaltsverzeichnis wird nach dem Eintrag „§ 9 Sonstige Ausbildungserfordernisse“ der Eintrag „§ 9a Erfordernisse für die Ausbildung in einem Additivfach (Additivfachausbildung) und Definition des Aufgabengebietes“ eingefügt, der Eintrag zu § 26 „Führung fachärztlicher Berufsbezeichnungen“ durch den Eintrag „Führung ärztlicher Berufsbezeichnungen“ ersetzt, in der Anlage 15 nach dem Ausdruck „Gastroenterologie und Hepatologie,“ der Ausdruck „Geriatric,“ eingefügt, in der Anlage 27 nach dem Wort „Additivfächer“ der Ausdruck „Geriatric,“ eingefügt, in der Anlage 34 nach dem Wort „Additivfächer“ der Ausdruck „Geriatric,“ eingefügt, in der Anlage 37 dem Ausdruck „Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin“ der Ausdruck „und Additivfach Geriatric“ angefügt und nach dem Eintrag „Anlage 45 Sonderfach Virologie“ der Eintrag „Anlage 46 Allgemeinmedizin Additivfach Geriatric“ angefügt.

2. § 3 Z 1 lautet:

„1. **„Ausbildung in einem Additivfach“** bezeichnet die ergänzende spezielle Ausbildung auf dem Teilgebiet der Allgemeinmedizin oder dem Teilgebiet eines Sonderfaches in der Dauer von zumindest drei Jahren im Sinne einer Schwerpunktausbildung zum Erwerb umfassend vertiefter Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für eine besonders vertiefte allgemeinmedizinische oder fachärztliche Berufsausübung. Die Absolvierung der Additivfachausbildung führt zu keiner Erweiterung der fachärztlichen Berufsausübung auf andere Sonderfächer.“

3. Im § 9 entfallen der Abs. 1 und die bisherige Absatzbezeichnung „(2)“.

4. Nach § 9 wird folgender § 9a samt Überschrift eingefügt:

„Erfordernisse für die Ausbildung in einem Additivfach (Additivfachausbildung) und Definition des Aufgabengebietes

§ 9a. (1) Eine Additivfachausbildung ist für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin auf dem Teilgebiet Geriatrie möglich. Die für Fachärztinnen/Fachärzte geltenden Bestimmungen der §§ 16 bis 20 Abs. 1 sind für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin gleichermaßen anzuwenden.

(2) Die Definition des Aufgabengebietes ergibt sich aus **Anlage 46**.“

5. Im § 15 Abs. 1 wird nach der Z 4 folgende Z 4a eingefügt:

„4a. Geriatrie im Rahmen der Sonderfächer Innere Medizin, Neurologie, Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin.“

6. Im § 19 wird der Punkt am Ende des ersten Satzes durch einen Beistrich ersetzt und folgende Wortfolge eingefügt:

„sofern in den Anlagen nicht anderes bestimmt ist.“

7. § 26 samt Überschrift lautet:

„Führung ärztlicher Berufsbezeichnungen

§ 26. Die von Fachärztinnen/Fachärzten zu führenden Berufsbezeichnungen richten sich nach den in dieser Verordnung genannten Sonderfachbezeichnungen und die von Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin und von Fachärztinnen/Fachärzten zu führenden Additivfachbezeichnungen richten sich nach den auf Additivfachausbildungen hinweisenden Zusatzbezeichnungen, sofern in den Übergangsbestimmungen nicht anderes bestimmt wird.“

8. Nach § 28 Abs. 2 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Werden Bestimmungen der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 - ÄAO 2006 geändert, so dürfen Personen, die eine Ausbildung vor einer Änderung begonnen haben, ihre Ausbildung gemäß den vor Inkrafttreten der jeweiligen Änderung geltenden Bestimmungen oder gemäß den geänderten Bestimmungen abschließen.“

9. § 32 samt Überschrift lautet:

„Berechtigung zur Führung von Zusatzbezeichnungen für in dieser Verordnung neu vorgesehene Additivfächer

§ 32. (1) Personen, die bis zum Ablauf des 31. Dezember 2007 nachweislich eine zumindest dreijährige Tätigkeit in einem in dieser Verordnung neu vorgesehenen bezeichnungsrelevanten Teilgebiet des betreffenden Sonderfaches zurückgelegt haben, sind nach Eintragung in die Ärzteliste zur Führung der auf das betreffende Additivfach hinweisenden Zusatzbezeichnung berechtigt, sofern hinsichtlich bestimmter Additivfächer in Abs. 2 nicht anderes bestimmt wird.

(2) Personen, die bis zum Ablauf des 31. Dezember 2012 nachweislich eine zumindest dreijährige Tätigkeit gemäß der Definition des Aufgabengebietes im Teilgebiet Geriatrie, wie in den jeweiligen Anlagen zu dieser Verordnung angeführt, zurückgelegt und ein Diplom „Geriatrie“ der Österreichischen Ärztekammer oder nachweislich gleichwertige Fortbildungsinhalte erworben haben, sind nach Eintragung in die Ärzteliste zur Führung der auf das betreffende Additivfach hinweisenden Zusatzbezeichnung berechtigt.“

10. § 36 samt Überschrift lautet:

„Befristete Einführung des Additivfaches Neuropädiatrie

§ 36. Eine Ausbildung im Additivfach Neuropädiatrie darf nach Ablauf des 31. Dezember 2010 nur bis zum Ablauf des 31. Dezember 2013 und nur im Rahmen des Sonderfaches Kinder- und Jugendheilkunde begonnen werden.“

11. § 37 erhält die Absatzbezeichnung „(1)“, danach wird folgender Abs. 2 eingefügt:

„(2) Das Inhaltsverzeichnis, § 3 Z 1, § 9, § 9a samt Überschrift, § 15 Abs. 1 Z 4a, § 19, § 26 samt Überschrift, § 28 Abs. 3, § 32 samt Überschrift, § 36 samt Überschrift und die Anlagen 15, 27, 34, 37 und 46 in der Fassung der 2. Novelle der ÄAO 2006, BGBl. II Nr. 259/2011, treten mit 1. Juli 2011 in Kraft.“

12. Der Anlage 15, 2. Abschnitt wird folgender Teil XII angefügt:

„XII.

Additivfach Geriatrie

A. Definition des Aufgabengebietes

Das Additivfach Geriatrie umfasst die kurative, palliative, präventive und rehabilitative Betreuung von Patientinnen/Patienten auf dem Gebiet der Inneren Medizin, die insbesondere ein höheres biologisches Alter, meist mehrere eingeschränkte Organfunktionen und/oder Erkrankungen, funktionelle Defizite und somit eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen, unter besonderer Berücksichtigung der somatischen, psychischen und soziokulturellen Aspekte sowie des multidimensionalen geriatrischen Assessments inklusive Nahtstellenmanagement.

B. Mindestdauer der Ausbildung und Ausbildungsfächer

1. Zwei Jahre Geriatrie unter besonderer Berücksichtigung der Akutgeriatrie und Remobilisation, wobei eine Ausbildung in der Dauer von höchstens sechs Monaten im Sonderfach Innere Medizin anrechenbar ist, sofern eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachgewiesen ist

2. Drei oder vier Monate Psychiatrie, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist
3. Drei oder vier Monate Neurologie, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist
4. Drei oder vier Monate Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation einschließlich der Remobilisation und Nachsorge, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist
5. Drei Monate in einem Sonderfach nach Wahl, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist, mit Ausnahme des Sonderfaches Innere Medizin, sofern in den Ausbildungsfächern 2., 3. und 4. nicht jeweils vier Monate absolviert worden sind“

13. Der Anlage 27, 2. Abschnitt wird folgender Teil III angefügt:

„III.

Additivfach Geriatrie

A. Definition des Aufgabengebietes

Das Additivfach Geriatrie umfasst die kurative, palliative, präventive und rehabilitative Betreuung von Patientinnen/Patienten auf dem Gebiet der Neurologie, die insbesondere ein höheres biologisches Alter, meist mehrere eingeschränkte Organfunktionen und/oder Erkrankungen, funktionelle Defizite und somit eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen, unter besonderer Berücksichtigung der somatischen, psychischen und soziokulturellen Aspekte sowie des multidimensionalen geriatrischen Assessments inklusive Nahtstellenmanagement.

B. Mindestdauer der Ausbildung und Ausbildungsfächer

1. Zwei Jahre Geriatrie unter besonderer Berücksichtigung der Akutgeriatrie und Remobilisation, wobei eine Ausbildung in der Dauer von höchstens sechs Monaten im Sonderfach Neurologie mit geriatrischem Schwerpunkt anrechenbar ist, sofern eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachgewiesen ist
2. Drei oder vier Monate Psychiatrie, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist
3. Drei oder vier Monate Innere Medizin, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist
4. Drei oder vier Monate Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation einschließlich der Remobilisation und Nachsorge, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist
5. Drei Monate in einem Sonderfach nach Wahl, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist, mit Ausnahme des Sonderfaches Neurologie, sofern in den Ausbildungsfächern 2., 3. und 4. nicht jeweils vier Monate absolviert worden sind“

14. Der Anlage 34, 2. Abschnitt wird folgender Teil III angefügt:

„III.

Additivfach Geriatrie

A. Definition des Aufgabengebietes

Das Additivfach Geriatrie umfasst die kurative, palliative, präventive und rehabilitative Betreuung von Patientinnen/Patienten auf dem Gebiet der Physikalischen Medizin und Allgemeinen Rehabilitation, die insbesondere ein höheres biologisches Alter, meist mehrere eingeschränkte Organfunktionen und/oder Erkrankungen, funktionelle Defizite und somit eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen, unter besonderer Berücksichtigung der somatischen, psychischen und soziokulturellen Aspekte sowie des multidimensionalen geriatrischen Assessments inklusive Nahtstellenmanagement.

B. Mindestdauer der Ausbildung und Ausbildungsfächer

1. Zwei Jahre Geriatrie unter besonderer Berücksichtigung der Akutgeriatrie und Remobilisation, wobei eine Ausbildung in der Dauer von höchstens sechs Monaten im Sonderfach Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation anrechenbar ist, sofern eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachgewiesen ist

2. Drei oder vier Monate Psychiatrie, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist
3. Drei oder vier Monate Neurologie, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist
4. Drei oder vier Monate Innere Medizin, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist
5. Drei Monate in einem Sonderfach nach Wahl, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist, mit Ausnahme des Sonderfaches Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation, sofern in den Ausbildungsfächern 2., 3. und 4. nicht jeweils vier Monate absolviert worden sind“

15. In der Anlage 37 wird nach der Überschrift für den folgenden Abschnitt die Abschnittsüberschrift „1. Abschnitt“ eingefügt. Dem 1. Abschnitt wird folgender 2. Abschnitt angefügt:

„2. Abschnitt Additivfach Geriatrie

A. Definition des Aufgabengebietes

Das Additivfach Geriatrie umfasst die kurative, palliative, präventive und rehabilitative Betreuung von Patientinnen/Patienten auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapeutischen Medizin, die insbesondere ein höheres biologisches Alter, meist mehrere eingeschränkte Organfunktionen und/oder Erkrankungen, funktionelle Defizite und somit eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen, unter besonderer Berücksichtigung der somatischen, psychischen und soziokulturellen Aspekte sowie des multidimensionalen geriatrischen Assessments inklusive Nahtstellenmanagement.

B. Mindestdauer der Ausbildung und Ausbildungsfächer

1. Zwei Jahre Geriatrie unter besonderer Berücksichtigung der Akutgeriatrie und Remobilisation, wobei eine Ausbildung in der Dauer von höchstens sechs Monaten im Sonderfach Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin anrechenbar ist, sofern eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachgewiesen ist
2. Drei oder vier Monate Innere Medizin, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist
3. Drei oder vier Monate Neurologie, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist
4. Drei oder vier Monate Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation einschließlich der Remobilisation und Nachsorge, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist
5. Drei Monate in einem Sonderfach nach Wahl, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist, mit Ausnahme des Sonderfaches Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, sofern in den Ausbildungsfächern 2., 3. und 4. nicht jeweils vier Monate absolviert worden sind“

16. Der Anlage 45 wird folgende Anlage 46 angefügt:

„Anlage 46

Allgemeinmedizin Additivfach Geriatrie

A. Definition des Aufgabengebietes

Das Additivfach Geriatrie umfasst die präventive, kurative, rehabilitative und palliative Betreuung von Patientinnen/Patienten im Gebiet der Allgemeinmedizin, die insbesondere ein höheres biologisches Alter, meist mehrere eingeschränkte Organfunktionen und/oder Erkrankungen, funktionelle Defizite und somit eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen, unter besonderer Berücksichtigung der somatischen, psychischen und soziokulturellen Aspekte sowie des multidimensionalen geriatrischen Assessments inklusive Nahtstellenmanagement.

B. Mindestdauer der Ausbildung und Ausbildungsfächer

1. Zwei Jahre Geriatrie unter besonderer Berücksichtigung der Akutgeriatrie und Remobilisation, wobei eine Ausbildung in der Dauer von höchstens sechs Monaten im Ausbildungsfach

- Allgemeinmedizin anrechenbar ist, sofern eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachgewiesen ist
2. Drei Monate Psychiatrie, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist
 3. Drei Monate Neurologie, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist
 4. Drei Monate Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation einschließlich der Remobilisation und Nachsorge, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist
 5. Drei Monate in einem Sonderfach nach Wahl, wobei eine einschlägige Tätigkeit mit geriatrischen Patientinnen/Patienten nachzuweisen ist.“

Stöger

Gesundheitsqualitätsgesetz

Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheitsqualitätsgesetz (Gesundheitsreformgesetz 2005), Fassung vom 31.01.2011

Langtitel

Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG)

Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, das Ärztegesetz 1998 und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert sowie ein Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen und ein Bundesgesetz über Telematik im Gesundheitswesen erlassen werden (Gesundheitsreformgesetz 2005)
(NR: GP XXII RV 693 AB 711 S. 90. BR: AB 7175 S. 717.)
StF: BGBl. I Nr. 179/2004

Text

Artikel 9

Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG)

Zielsetzung und Grundsätze

§ 1. (1) Zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist systematische Qualitätsarbeit zu implementieren und zu intensivieren. Dazu ist ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem basierend auf den Prinzipien Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz nachhaltig zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren. Dabei ist insbesondere die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientinnen- und Patientensicherheit zu gewährleisten.

(2) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat sicherzustellen, dass die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, zur Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend erfolgen. Dabei sind im Sinne des Qualitätssystems die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen.

(3) Zum Zweck der Sicherstellung der in Abs. 1 und 2 festgeschriebenen Grundsätze hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen für eine entsprechende Abstimmung der am gesamtösterreichischen Qualitätssystem beteiligten Akteurinnen und Akteure Sorge zu tragen. Darüber hinaus hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen die bundesweite Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen zum Zweck der nationalen und internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsleistungen zu gewährleisten.

(4) Die für die kontinuierliche Qualitätsarbeit erforderlichen Daten müssen, sofern sie nicht für konkrete Ziele und Zwecke personenbezogen benötigt werden, im Wege einer Vertrauensstelle zumindest pseudonymisiert werden.

Begriffsbestimmungen

§ 2. Im Sinne dieses Bundesgesetzes bedeuten die Begriffe:

1. “Qualitätssystem”: Darunter wird ein Koordinierungs-, Förderungs-, Unterstützungs- und Überwachungssystem des Bundes verstanden, mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsleistungen kontinuierlich zu verbessern.
2. “Qualität”: Grad der Erfüllung der Merkmale von patientinnen- und patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

3. "Patientinnen- und Patientenorientierung": Im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität sollen die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, als Koproduzentinnen und Koproduzenten an diesem Prozess der Verbesserung der Lebensqualität teilzunehmen.
4. "Patientinnen- und Patientensicherheit": Umfasst Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse, die zum Schaden der Patientin / des Patienten führen können.
5. "Transparenz": Nachvollziehbarkeit durch Dokumentation und Analyse der Leistungen und Ergebnisse und deren systematische Überprüfung; Basis für kontinuierliche und systematische Vergleiche zur Qualitätsverbesserung.
6. "Effektivität": Zielerreichungsgrad zwischen einem gesetzten Ziel und dessen Realisierung, wobei das in der Gesundheitsversorgung gesetzte Ziel idealerweise die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten ist.
7. "Effizienz": Verhältnis zwischen dem Einsatz und dem Ergebnis einer Leistung nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip unter Berücksichtigung der Kostendämpfung.
8. "Strukturqualität": Summe sachlicher und personeller Ausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht.
9. "Prozessqualität": Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüfbaren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden.
10. "Ergebnisqualität": Messbare Veränderungen des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin / eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen.
11. "Gesundheitsleistung": Jede durch eine Angehörige oder einen Angehörigen eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes am oder für den Menschen erbrachte Handlung, die der Förderung, Bewahrung, Wiederherstellung oder Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes dient.
12. "Qualitätsstandards": Beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten.
13. "Bundesqualitätsrichtlinien": Von der Bundesministerin / Vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen durch Verordnung erlassene und damit verbindlich gemachte Standards.
14. "Bundesqualitätsleitlinien": Von der Bundesministerin / Vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen als Orientierungshilfe empfohlene Standards.
15. "Qualitätsindikator": Messbare Größe, welche dazu geeignet ist, die Qualität der Gesundheitsleistung zu beobachten, zu vergleichen und zu evaluieren.
16. "Referenzwert, Referenzbereich": Ein Referenzbereich ist jenes Intervall, innerhalb dessen die Ausprägung eines Qualitätsindikators als gut oder als unauffällig definiert wird. Ein Referenzwert ist ein Referenzbereich, dessen Ober- und Untergrenze zusammenfallen.
17. "Grundprinzipien der Gesundheitsförderung" im Rahmen der Erbringung von Gesundheitsleistungen: Gesundheitsförderung zielt auf den Prozess ab, den Menschen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Anwendungsbereich

§ 3. (1) Die Bestimmungen dieses Gesetzes sind bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen, unabhängig von der Organisationsform der Leistungserbringerin / des Leistungserbringers einzuhalten. Die Gesundheitsleistungen müssen den auf Grund dieses Gesetzes geltenden Vorgaben und dem jeweiligen anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen entsprechen sowie in der fachlich gebotenen Qualität und in einem gesundheitsförderlichen Umfeld erbracht werden.

(2) Bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen ist die Transparenz betreffend Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gegenüber den Patientinnen und Patienten auf deren Nachfrage zu gewährleisten.

Qualitätsstandards

§ 4. (1) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Erbringung bestimmter Gesundheitsleistungen unter Einbeziehung der jeweils Betroffenen, insbesondere der relevanten Gesundheitsberufe sowie der Patientinnen und Patienten, unterstützen.

(2) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann im Zusammenhang mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen Qualitätsstandards als Bundesqualitätsleitlinien empfehlen oder als Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnung erlassen, wobei insbesondere auf Folgendes zu achten ist:

1. Bundeseinheitlichkeit,
2. Bedachtnahme auf sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise,
3. Patientinnen- und Patientenorientierung,
4. Grundprinzipien der Gesundheitsförderung,
5. Transparenz,
6. gegenwärtiger Stand des Wissens und der Erfahrung bezüglich der Effektivität und der Effizienz.

Die Bundesqualitätsstandards enthalten Vorgaben für eine oder mehrere der in § 5 genannten Dimensionen der Qualitätsarbeit (Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität). Zur Umsetzung der Bundesqualitätsrichtlinien kann der Bund neben verbindlichen Instrumenten auch unverbindliche Instrumente, die durch gleichwertige Maßnahmen – bei Nachweis der Erfüllung der Anforderungen – ersetzt werden können, vorsehen.

(3) An Bundesqualitätsleitlinien oder Bundesqualitätsrichtlinien können Qualitätsindikatoren gekoppelt werden, deren Inhalte auch Elemente der österreichischen Qualitätsberichterstattung darstellen. Bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist auf internationale Vergleichbarkeit zu achten.

Dimensionen der Qualitätsarbeit

§ 5. (1) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat dafür Sorge zu tragen, dass die Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen im Sinne einer systematischen Qualitätsarbeit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigen. Dabei ist auf die Weiterentwicklung entsprechender Methodenarbeit sowie auf Melde- und Dokumentationsanforderungen Bedacht zu nehmen. Diese Vorgaben haben mit Bedacht auf internationale Entwicklungen zu erfolgen.

(2) Im Bereich der Strukturqualität hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen verbindliche Strukturqualitätskriterien für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu entwickeln. Diese Strukturqualitätskriterien sind bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen einzuhalten, unabhängig davon, in welcher Organisationsform diese erbracht werden. Entsprechende Meldepflichten sind hierzu von der Bundesministerin / vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen festzulegen.

(3) Im Bereich der Prozessqualität hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen verbindliche Anforderungen zu entwickeln sowie Unterstützung durch die Zurverfügungstellung geeigneter Instrumente zu gewährleisten. Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat dafür Sorge zu tragen, dass Indikatoren zur Prozessqualität und Meldepflichten zu diesen Prozessqualitätsindikatoren festgelegt werden, unter anderem im Rahmen der österreichischen Qualitätsberichterstattung.

(4) Im Bereich der Ergebnisqualität hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen dafür Sorge zu tragen, dass Indikatoren und Referenzgrößen zur Ergebnisqualität und entsprechende Meldepflichten hierzu festgelegt werden, unter anderem im Rahmen der österreichischen Qualitätsberichterstattung.

Qualitätsberichterstattung

§ 6. (1) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat im Hinblick auf den Aufbau, die Weiterentwicklung, die Sicherung und die Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems Vorgaben für den Aufbau einer bundeseinheitlichen, bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung zu machen. Für die diesbezüglich erforderliche Dokumentation und Datenmeldung sind folgende Grundsätze einzuhalten:

1. Festlegung und Erfassung jener Daten, die für die Überprüfung der Erfüllung der Vorgaben dieses Bundesgesetzes notwendig sind;
2. die Sicherstellung der österreichweiten Erfassung der für die Beobachtung der Qualität des österreichischen Gesundheitswesens relevanten Daten;
3. die Geringhaltung des administrativen Aufwandes bei der Dokumentation und Qualitätsberichterstattung und die weitestgehende Einbeziehung bestehender Dokumentationen.

(2) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann durch Verordnung nähere Bestimmungen hinsichtlich der Dokumentation bzw. der Qualitätsberichterstattung festlegen. Dazu zählen insbesondere:

1. Datenumfang, Datenqualität, Datenfluss,
 2. Berichtszeitpunkt,
 3. Berichtszeitraum und
 4. Festlegung der zur Dokumentation, Datenmeldung und Qualitätsberichterstattung Verpflichteten.
- Dabei ist insbesondere auf die in Abs. 1 genannten Vorgaben Bedacht zu nehmen.

(3) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat im Sinne der verstärkten Transparenz die Intensität der Mitwirkung der Akteurinnen und Akteure am österreichischen Qualitätssystem für die interessierte Öffentlichkeit in geeigneter Form bekannt zu machen. Sie / Er hat darüber hinaus dafür Sorge zu tragen, dass entsprechende Rückmeldesysteme an die zur Qualitätsberichterstattung Verpflichteten eingerichtet werden.

Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen

§ 7. Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann die Entwicklung von Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen im Bereich der Qualitätsarbeit unterstützen. Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann auch selbst Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen zur nachhaltigen Verbesserung bzw. Sicherstellung der Qualität von Gesundheitsleistungen setzen.

Kontrolle

§ 8. (1) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat im Zusammenhang mit der Sicherung und Verbesserung der Qualität von Gesundheitsleistungen eine bundesweite Beobachtung und Kontrolle sicherzustellen. Diese umfasst jedenfalls

1. die Überprüfung der Mitwirkung an der österreichischen Qualitätsberichterstattung,
2. die Überprüfung der Umsetzung von Bundesqualitätsrichtlinien und
3. die Evaluierung der Umsetzung bzw. Anwendung von Bundesqualitätsleitlinien bzw. des Einsatzes gleichwertiger Instrumente.

(2) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat sicherzustellen, dass begleitende externe Kontrollen zur Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen erfolgen. Zu diesem Zweck haben die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen sowie die von ihr / ihm beauftragten Personen, Einrichtungen und Behörden das Recht, Auskünfte und Meldungen zu verlangen, in alle für die Qualitätsarbeit relevanten Unterlagen Einsicht zu nehmen, einschließlich der Datenqualität, und bei Bedarf Erhebungen vor Ort durchzuführen, soweit dies zur Wahrnehmung der ihr / ihm obliegenden Aufgaben erforderlich ist. Den Einsicht nehmenden Personen, Einrichtungen und Behörden sind Kopien der eingesehenen Unterlagen kostenlos zur Verfügung zu stellen. Sonstige Beobachtungs- und Kontrollpflichten bzw. –rechte auf Grund anderer Rechtsvorschriften bleiben davon unberührt.

Unterstützung durch das Bundesinstitut für Qualität im

Gesundheitswesen

§ 9. (1) Ein “Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen” ist einzurichten. Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann sich bei der Wahrnehmung ihrer / seiner Aufgaben auf Grund dieses Gesetzes dieses “Bundesinstitutes für Qualität im Gesundheitswesen” bedienen.

(2) Dieses Institut hat unter Bedachtnahme auf die Bundeseinheitlichkeit, die bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise, die Patientinnen- und Patientenorientierung, die Transparenz, Effektivität, Effizienz und gemäß internationaler Standards insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. Mitwirkung bei der Erstellung von allgemeinen Vorgaben und Grundsätzen
 - a) für die Standardentwicklung im Bereich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,
 - b) für die Dokumentation zur Qualitätsberichterstattung und für die Qualitätsberichterstattung,
 - c) für Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen,
 - d) für die Kontrolle gemäß § 8 Abs. 1;
2. Überprüfung, Empfehlung sowie Erarbeitung von Qualitätsstandards, die von der Bundesministerin / vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen erlassen (Bundesqualitätsrichtlinien) oder als Orientierungshilfe (Bundesqualitätsleitlinie) empfohlen werden können;
3. Erstellung des jährlichen Qualitätsberichtes;

4. Durchführung von bzw. Mitwirkung bei der Setzung von Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen;
5. Durchführung der bzw. Mitwirkung an der Kontrolle der Einhaltung der Bestimmungen dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen oder sonstiger Vorgaben;
6. Unterstützung der Bundesministerin / des Bundesministers für Gesundheit und Frauen bei der bundesweiten Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen zum Zweck der nationalen und internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsleistungen.

Strafbestimmungen

§ 10. (1) Wer bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen einer auf Grund dieses Gesetzes verbindlich gemachten Bundesqualitätsrichtlinie zuwiderhandelt, begeht, sofern nicht eine gerichtlich strafbare Tat vorliegt, eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Verwaltungsstrafe bis Euro 10.000,-- zu bestrafen, im Wiederholungsfall bis Euro 20.000,--.

(2) Wer den Vorschriften über die Qualitätsberichterstattung oder der Dokumentation nicht entspricht, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Verwaltungsstrafe bis Euro 3.000,-- zu bestrafen, im Wiederholungsfall bis Euro 5.000,--.

(3) Wer die Kontrollrechte der Bundesministerin / des Bundesministers für Gesundheit und Frauen nach § 8 Abs. 2, zweiter und dritter Satz, oder der von ihr / ihm beauftragten Personen, Einrichtungen oder Behörden behindert, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Verwaltungsstrafe bis Euro 5.000,-- zu bestrafen, im Wiederholungsfall bis Euro 7.000,--.

(4) Von geahndeten Verwaltungsübertretungen ist die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen in Kenntnis zu setzen.

Schluss- und In-Kraft-Tretensbestimmungen

§ 11. (1) Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen betraut.

(2) Dieses Bundesgesetz tritt mit Ausnahme des § 10 am 1. Jänner 2005 in Kraft. § 10 tritt am 1. Jänner 2006 in Kraft.